



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
CAMPO DE CONOCIMIENTO: DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MUJERES INDÍGENAS MIGRANTES
Un estudio sobre decisiones anticonceptivas con trabajadoras del hogar en
la CDMX

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:
ITZEL CITLALI GÓMEZ MADRIGAL

TUTORA:
DRA. JOAQUINA ERVITI ERICE
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS
UNAM

Ciudad Universitaria, CdMx Febrero 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

Quiero agradecer principalmente a las mujeres que participaron regalándome parte de su tiempo, que es tan valioso, ya que cumplen una jornada laboral bastante larga, por eso expreso toda mi gratitud hacia: Mariana, Sol, Paola, Perla, Elena, Marlene, Jandé, Lucero, Anahí y Paola¹. Gracias por relatarme su vida y permitirme utilizar confesiones tan íntimas y personales para realizar el análisis de esta investigación.

Expreso todo mi agradecimiento a mi tutora la Doctora Joaquina Erviti Erice, quien me dedicó su guía y apoyo durante todo el proceso de este trabajo. A pesar de todas las complicaciones que se me presentaron, siempre estuvo dispuesta ayudarme y a no dejar que abandonara esta pesquisa. Le estoy muy agradecida. Antes de conocerla pensaba, que una guía como fue mi director de tesis en la ENAH nunca iba a encontrar de nuevo. Pero cuando la conocí supe que tutoras como usted, tan comprometidas y amigas de verdad, también existen. Fue una gran experiencia este trabajo en conjunto.

Gracias a mi comité tutor conformado por: la Doctora Itzel Sosa Sánchez, la Maestra Carolina Grajales Valdespino, la Maestra Alma Patricia Piñones Vázquez y la Doctora Catherine Menkes Bancet. Las observaciones y comentarios para mejorar la tesis fueron de gran ayuda, gracias por el tiempo que se tomaron en leer para realizar críticas que mejoraron la presentación de la investigación.

También quiero agradecer a mi madre Esther Madrigal León, por su ayuda en la etapa de campo, por informarme quienes se dedicaban a este trabajo y presentarme a algunas de las participantes. Gracias a José Eduardo Loredó Koch por ser mi compañero y apoyarme durante este proceso, a mi suegra Luisa Koch López por estar al pendiente y brindarme su ayuda en lo que necesité durante la realización del trabajo.

Hermana Yareni Sac- Nichte Gómez Madrigal, también te agradezco a ti porque me apoyaste mucho cuando tuve dificultades técnicas y siempre me diste lo que tuvieras a tu alcance para que pudiera concluir, es verdad lo que dice Juliano, entre mujeres formamos grandes alianzas. Gracias a mi padre Ezequiel Gómez Gutiérrez, a mi hermano Ollin a su esposa Jen, a mi tío Teófilo y a mi tía Gertrudis, gracias por todo su apoyo.

Gracias al Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias por permitirme cursar esta maestría en sus aulas, fue una gran experiencia conocer y tomar clase las profesoras y el único profesor que me dieron clase. Quiero destacar que mis dos profesoras de intervención Aurora Zavala y Cecilia Carbajal me dieron una visión más amplia y crítica del trabajo social.

Gracias a la beca de la UNAM que me otorgaron año y medio, pude dedicar tiempo completo a la investigación. Fue un placer pertenecer a esta institución.

Y más gracias a todos los que no nombré pero fueron parte de esta etapa.

¹ Estos nombres son seudónimos para proteger identidad de las participantes.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
<i>Las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas</i>	7
<i>La investigación</i>	10
<i>Contenido de la tesis</i>	15
CAPÍTULO 1. PERSPECTIVAS TEÓRICAS	
A. La interpretación y el sentido de la acción	17
Un acercamiento a Berger y Luckman.....	23
Categorías de análisis desde la perspectiva de género.....	24
<i>La maternidad en los modelos obligatorios de feminidad</i>	27
<i>Violencia de género</i>	30
<i>Las decisiones reproductivas</i>	31
B. La ciudadanía en el Trabajo Social	34
El comprender de Weber, la subjetividad de Schütz y el pobre de Simmel.....	35
<i>El pobre en el trabajo social (Asistido)</i>	39
<i>Sujetos y actores en el Trabajo social</i>	40
El usuario, el cliente y el ciudadano en el trabajo social.....	43
El termino ciudadanía en trabajo social.....	45
Una reflexión breve acerca del sujeto.....	46
Ciudadanía y derechos.....	47
CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES	
Los derechos y las decisiones reproductivas.....	55
América Latina antes de la “Salud Reproductiva”.....	58
IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994.....	65
Derechos reproductivos y derechos sexuales.....	67
Planificación Familiar e imposiciones anticonceptivas en México.....	70
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	
Objetivos.....	81
<i>Hipótesis interpretativa o guía de trabajo</i>	81
Perspectiva teórico-metodológica.....	82
Justificación.....	83
Tipo de estudio.....	86
Población de estudio y técnicas de investigación.....	88
Sitio de estudio.....	90
Entrada a campo y selección de la muestra.....	94
<i>Selección de la muestra y perfil de las participantes</i>	94
<i>Realización de las entrevistas</i>	100
Análisis de las entrevistas.....	100
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	
Las mujeres de este estudio.....	105

Mujeres, familia y decisiones de vida	107
<i>La mujer en el modelo de familia</i>	108
<i>Las mujeres, la negociación de pareja y el respeto</i>	111
<i>Mujeres de familia que proveen, sin derecho a decidir</i>	113
<i>Violencia de género</i>	115
<i>El control de las mujeres de mayor jerarquía en la familia y control social</i>	118
<i>Mujeres que no estuvieron en una familia como el modelo ideal impuesto</i>	121
<i>“No tengo porque estar aquí”: Estrategias de resistencia</i>	123
<i>Como se unieron a sus parejas para formar familias</i>	127
Mujeres, maternidad e hijos	128
<i>Planear la maternidad</i>	128
<i>¿Por qué fui mamá?</i>	132
<i>La maternidad como experiencia positiva</i>	134
<i>La maternidad como experiencia difícil</i>	138
Significados del embarazo	141
<i>Primer embarazo vs ultimo embarazo, sus significados</i>	142
<i>Planear y no planear un embarazo</i>	146
Las decisiones anticonceptivas de las mujeres	153
<i>Relación de pareja, espacios socioculturales y decisiones anticonceptivas</i>	153
<i>Los servicios de salud en las decisiones anticonceptivas</i>	158
<i>Mujeres que decidieron sobre su cuerpo</i>	161
<i>Conocimientos y obtención de anticonceptivos</i>	164
<i>Discursos de las políticas población que aprenden en las instituciones de salud</i>	167
<i>Percepciones de la participación masculina en el control de los embarazos</i>	170
<i>Efectos secundarios de los anticonceptivos</i>	172
Consideraciones finales	177
La familia y las relaciones intergenericas.....	177
Discursos y mandatos del embarazo y la maternidad.....	179
Las decisiones anticonceptivas, las necesidades reproductivas y derechos.....	181
Las instituciones de salud en las decisiones anticonceptivas.....	183
<i>Acerca de la hipótesis o guía de investigación</i>	184
Límites del estudio.....	186
Algunas reflexiones para el trabajo social.....	188
REFERENCIAS	193
Anexo	204

INTRODUCCIÓN

La población indígena puede ser catalogada como vulnerable, debido a la marginación y pobreza en la que vive (CONEVAL, 2014:21), así como por la concepción social negativa que existe con respecto a su diferencia cultural. Esta diferencia cultural se expresa, por ejemplo, en su vestimenta, el uso de un idioma diferente al castellano, sus prácticas, hábitos y una forma distinta de concebir a la realidad (Jasso, 2011:1122). Esto es más evidente cuando tienen contacto con otros grupos, donde se generan encuentros problemáticos resultado de un proceso histórico específico que desarrolló una jerarquía social y étnica (Smith-Oka, 2015:14). Cabe señalar que al migrar estos grupos enfrentan diversos problemas como la violación de sus derechos humanos y laborales. Además, este fenómeno provoca cambios en la configuración de las poblaciones de origen, así como su transculturización¹ (CNDPI, 2007:3).

La vulnerabilidad es resultado de un conjunto de determinantes que interactúan de forma específica y dan lugar a una condición social y económica (Jasso, 2011:1122; Juárez *et al.*, 2014:284), que afecta las situaciones de las personas indígenas y sobre todo al tratarse de mujeres (Smith-Oka, 2015:14). Las condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres indígenas en su comunidad giran en torno a su identidad y las relaciones de género.

Las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.

Las mujeres indígenas son concebidas o construidas socialmente de y para otros, sin pertenencia propia. Por ejemplo, en las comunidades, muchas mujeres se casan en la pubertad o adolescencia y la mayoría de los matrimonios son arreglados (Freyermuth, 2000:285; Araiza, 2006:4,5; Arrieta, 2009:41; CONAVIM, 2012:112; Velasco, 2016:160). En algunos casos, estos arreglos maritales disfrazan la venta de mujeres, bajo los usos y costumbres (Frías, 2017:62).

¹ Se refiere a introducir valores culturales y de civilización de pueblos o grupos sociales (Rodríguez, 2004:24)

En situaciones de mayor libertad se acuerda el robo entre la pareja y es lo más cercano a decidir con quién tener un matrimonio. En algunas comunidades representa una desventaja para la mujer en la vida social tener la marca de robada, porque no tiene derecho a ciertas participaciones de cohesión social por el estigma de haber roto la norma y en la vida marital, además, la mujer robada vive la misma dinámica de subordinación de género que la no robada (Hernández *et al.*, 2008:134; Espinosa, 2008:155,156; Velasco, 2016:163)

El orden jerárquico se establece en la pareja desde el inicio, que comienza la vida de casados con el traslado de la esposa a casa de los padres del marido, donde la suegra le enseña a la nueva integrante cómo encargarse del hogar y la adoctrina para pertenecer al esposo. A la recién llegada se le exige el embarazo para justificar las relaciones sexuales, y si no aprende tal y como la suegra le adiestra, puede ser devuelta. Lo anterior está ligado a que en la vida marital la mujer indígena no tiene la posibilidad de vivir la sexualidad con goce y no puede decidir sobre su cuerpo, ya que ella misma se considera como un objeto del marido y su familia (Freyermuth, 2000:292; Araiza, 2004:140; Arrieta, 2009:43; Hernández *et al.*, 2008:135).

En un contexto donde su cuerpo no les pertenece, las relaciones sexuales para las mujeres indígenas son cuándo y cómo el esposo lo desee, anulando la decisión femenina y en algunos casos con abuso sexual por parte del marido, sin que esto sea percibido ni definido socialmente como una violación, sino como una obligación femenina que se debe cumplir (Freyermuth, 2000:369; Hernández *et al.*, 2008: 137; Velasco, 2016:162).

La sexualidad femenina es reprimida desde su infancia, cuando llegan a la pubertad no cuentan con información sobre la menstruación, por tal motivo el miedo y la vergüenza son una constante, además de que todavía en varias comunidades, la sexualidad es asociada al pecado original y a la suciedad. Esto las condiciona a tener muchos hijos, motivo de los largos periodos reproductivos femeninos, ya que su primer parto ocurre cuando son adolescentes y dejan de tener hijos cuando llega la menopausia. Además, tienen que demostrar que no hay

placer y que ignoran cómo evitar el embarazo, porque pueden ser señaladas, estigmatizadas, repudiadas o acusadas de infidelidad. Al no tener un control natal, el gran número de embarazos repercute en forma negativa, en la salud femenina, sumado a la falta de acceso a los servicios de salud de las comunidades alejadas. (Hernández *et al.*, 2008: 132,134; Espinoza, 2008:157; Reartes, 2010:75; Velasco, 2016:160).

El embarazo de las mujeres indígenas en sus comunidades se convierte en una forma de control y restricción de acciones, de parte de los varones que migran, ya que lo consideran un método para evitar la infidelidad de las mujeres en su ausencia, por lo cual es difícil para muchas el pensar en la negociación en el uso de anticonceptivos (Hernández *et al.*, 2008:136; Reartes, 2010:75).

Aunque en estas poblaciones ha comenzado a permear el discurso sobre los derechos y el derecho a una vida libre de violencia en general, las mujeres indígenas tienen dificultades para reconocerse como sujetos de derechos (Araiza, 2006:3; Arrieta, 2009:63; Stefoni y Fernández, 2011:51; CONAPRED, 2012:13; Echeverría, 2016:100, Sosa- Sánchez, 2018:88,95). Así mismo cuando migran, en las ciudades destino reproducen las relaciones de género de su lugar de origen, pero en ocasiones no cuentan con redes de apoyo, como las que posiblemente podrían contar en su comunidad.

Reconociendo la importancia central de la sexualidad, mi investigación pone énfasis en el derecho a la elección de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. El interés son los procesos de decisión, las elecciones reproductivas anticonceptivas, es decir, los derechos reproductivos, los cuales desde 1973 se encuentra incluidos en el artículo 4º de la Constitución Mexicana.

Pese a lo plasmado en la ley, las evidencias empíricas (Vázquez y Flores 2003; Flores *et al.*,2005; Chávez *et al.*, 2007; Espinosa, 2008; Hernández *et al.*, 2008; Mendoza, 2009; Reartes, 2010; Mata, 2011; Romero, 2012; Romero, 2013; Sosa y Menkes, 2014; Taciana y Junqueira, 2014; Minjarez, 2015; Velasco, 2016) muestran que la toma de decisiones libres e informadas y el ejercicio de derechos

sexuales y reproductivos no están garantizados en distintos grupos de mujeres mexicanas, en especial en mujeres indígenas migrantes cuya vulnerabilidad en este ámbito se ve incrementada por los trabajadores de los servicios de salud .

La investigación

Al comenzar este trabajo mi primera inquietud fueron los derechos sexuales y reproductivos² de mujeres indígenas migrantes en la CDMX. Conforme avanzaba en la literatura que sustentaría el trabajo, la investigación se enfocó en las decisiones anticonceptivas. Éstas están reconocidas en las leyes nacionales y tratados internacionales que resaltan el derecho a decidir cuándo y cuantos hijos tener.

Conforme me iba documentando comprendí que, para ejercer el derecho a la libre decisión en materia de sexualidad y reproducción, es importante que las mujeres cuenten con el poder de autodeterminación sobre el cuerpo y de condiciones sociales, económicas e institucionales favorables para el ejercicio de los derechos, porque sin el autorreconocimiento no es posible ejercer derechos. También conviene recordar que los derechos están relacionados con sus debidas obligaciones (Correa y Petchesky, 2001:99,107; Amuchástegui y Rivas, 2004: 544; Brown, 2008:292). Lo que implica la posibilidad de vivir la sexualidad y la reproducción de forma opcional, sin riesgos para la salud y sin ser objeto de discriminación cultural, social y laboral (Brown, 2004: 284).

Por todo lo anterior, la evidencia que incidió, para que realizara la investigación con mujeres indígenas migrantes de la CDMX, fue la lectura de informes (GIRE, 2015; CLADEM, 1999:67) que describen cómo desde distintos foros se han denunciado y aportado evidencias empíricas de la violación de los derechos sexuales y reproductivos a las mujeres de las poblaciones indígenas.

² Este trabajo se centra en los procesos de decisión de las mujeres en torno a la reproducción, por lo mismo a lo largo del texto hablaré de los derechos reproductivos, sin mencionar siempre derechos sexuales y reproductivos, aunque a lo largo del trabajo se reconoce y argumenta la importancia central de la sexualidad para la salud y la vida reproductiva, especialmente desde la perspectiva de género.

También influyeron las investigaciones que trataban acerca de las condiciones de las mujeres indígenas. En ellas se describía que estas mujeres migran para mejorar sus condiciones de vida y son sujetos de discriminación por un proceso histórico que da origen a un discurso de inequidad de clase, etnia y género, dejándolas en desventaja. Estos estudios muestran cómo esta situación impacta en su salud y en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, e incrementa su exposición a prácticas impositivas relativas a la anticoncepción.

Las violaciones de los derechos de las mujeres indígenas no solo se dan por la dinámica de la comunidad en la que viven (Espinoza, 2008:159), sino también, porque los trabajadores del sector salud las clasifican como incapacitadas para entender la información correcta que les permita decidir libremente algún anticonceptivo que les sea conveniente. La forma en la que las instituciones médicas acercan a las mujeres indígenas al control de su fecundidad es por medio de un consentimiento de anticoncepción temporal o permanente, conseguido bajo presión (Sosa– Sánchez, 2018:92, 93).

Las mujeres indígenas migrantes que acuden a los servicios públicos de salud se sienten excluidas y vulneradas por los profesionales médicos. Las jornaleras o las que entraron en la dinámica de la movilidad nacional, al tener acercamiento en los centros de salud en las zonas urbanas o rurales de los lugares destino, perciben la exclusión, el acoso y coacción de parte de estos profesionales. Éstos no les ofrecen información comprensible y son condicionadas a optar por los métodos disponibles incluso la obstrucción tubaria bilateral (OTB), método definitivo, después de un evento obstétrico (Sosa-Sánchez y Menkes, 2014:165, 167; Minjarez, 2015:81,82; Sosa-Sánchez, 2018:91,93)

Asimismo, otras evidencias que me empujaron a esta investigación fueron las constantes recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos grupos (CNDH, 2002/004; CODDEHUM,2007; CNDH, 2017/003) a instituciones y a trabajadores de las instituciones médicas que son una muestra de las violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de estos grupos poblacionales.

Por todo lo anterior consideré indispensable documentar las experiencias de las mujeres indígenas trabajadoras del hogar en la Ciudad de México en lo que se refiere a sus derechos sexuales y reproductivos. En concreto, son de mi interés aquellas experiencias relativas a los procesos de decisión acerca de la anticoncepción y toma de decisiones de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.

El objetivo de mi investigación es analizar los significados de la reproducción y los embarazos en las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar en la Ciudad de México (CDMX), para interpretar sus decisiones en las prácticas anticonceptivas y realizar un diagnóstico social que pueda orientar hacia estrategias de intervención desde el trabajo social.

Para alcanzar este objetivo realicé un estudio cualitativo, con un grupo de mujeres indígenas migrantes en la CDMX que trabajan como empleadas del hogar. Seleccioné como lugar de estudio la alcaldía de Benito Juárez, por ser una de las alcaldías de mayor nivel socioeconómico, con una mayor proporción de mujeres indígenas que laboran en el trabajo del hogar, y con menor número de hijos en comparación con las mujeres no indígenas que residen en esta alcaldía y con otras mujeres de toda la ciudad.

A partir de un guía de la entrevista indagué en los temas principales de la investigación. La guía de entrevista no fue un guion estructurado en preguntas cerradas de forma consecutiva, sino que ésta fue abierta y fueron las propias entrevistadas las que me otorgaron la información a través de su historia. Los temas de la entrevista se orientaron a la regulación de los embarazos y las condiciones en que se toman las decisiones anticonceptivas y de salud reproductiva. Realicé 10 entrevistas en profundidad. Se obtuvo el consentimiento informado para el registro de la conversación y las participantes sabían que las entrevistas podían ser rechazadas en el inicio o que podían interrumpirla en caso de no querer continuar.

La temporalidad en que realicé las entrevistas fue entre octubre del 2017 y junio de 2018. Éstas las realicé en lugares de la elección y conveniencia de las

participantes como: la calle, cerca de una zona comercial o cerca del paradero de autobuses, en una casa o en una cafetería.

Utilizo la denominación de trabajadoras del hogar porque considero importante respetar el autodenominarse así por parte de activistas (Bautista, 2012:30, 33; Castillo, 2012:111) mujeres trabajadoras del hogar, que están en lucha por sus derechos a lo cual se han sumado académicas, académicos y legisladoras (Aguayo, 2012; Anaya, 2012; González, 2012) que luchan por los derechos de este grupo de mujeres.

Las mujeres participantes son de diferentes estados y de distintos grupos indígenas: cinco de ellas de origen náhuatl, dos son mazahuas, una es purépecha, una chinanteca y una mazateca. Todas ellas son trabajadoras del hogar. Se podría pensar que, por ser indígenas residentes en la alcaldía Benito Juárez (en su mayoría), conocen sus derechos sexuales y reproductivos y por lo tanto los ejercen, ya que pertenecen al grupo de mujeres con el promedio de hijos nacidos vivos por mujer más bajo en toda la CDMX. Sin embargo los resultados de este estudio mostraron que la toma de sus decisiones va en función a sus imaginarios y construcciones sociales en torno a los modelos obligatorios de ser mujer y las relaciones intergeneracionales, lo cual se desarrolla en el capítulo de resultados.

También para examinar la información acerca de los derechos reproductivos de las mujeres indígenas migrantes, en específico cómo experimentan y construyen necesidades y experiencias para la regulación de sus embarazos, efectué una revisión al concepto de la salud reproductiva y su relación con los derechos sexuales y reproductivos, los cuales están enfocados a la toma de decisiones libres, por lo cual realicé un recorrido histórico documental que plasmé en el capítulo II.

En esa revisión destaca que un antecedente fundamental es la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, la cual empujó a la comunidad internacional a tomar el compromiso de desarrollar políticas de población cuyo eje principal fueron los derechos sexuales y

reproductivos de las personas. A partir de esta Conferencia, se realizaron recomendaciones que abarcan cinco grandes temáticas: la reproducción, los derechos relacionados con ella, los problemas sanitarios y la sexualidad; la planificación familiar, la libre elección y el perfil de los servicios de anticoncepción; la familia, su función social, su protección y las relaciones entre sus miembros; los grupos a quienes se dirigirían los programas y los actores que pondrían en práctica las recomendaciones (Lassonde, 1997:57,70).

Un elemento central en la salud reproductiva y los derechos sexuales, lo constituye el acceso libre e informado a métodos anticonceptivos, así como garantizar a las mujeres el derecho al acceso a servicios de salud con una atención digna, de calidad, durante embarazo, parto y puerperio, que asegure las mejores condiciones para tener hijos sanos (Castro y Erviti, 2015:38; Salles y Tuiran, 2003). Si bien la salud reproductiva reconoce la sexualidad como un punto atender, Investigadores (Salles y Tuiran, 2003; Espinoza, 2008:198) señalan que en los últimos años se minimizó la importancia de la sexualidad y los derechos de las mujeres en los servicios de salud.

En los documentos internacionales han quedado plasmados únicamente como derechos reproductivos, sin explicitar los derechos sexuales, debido a que los procesos de apropiación subjetiva del derecho a decidir sobre la procreación, el deseo y placer no son incluidos por quienes dictan los tratados internacionales. Desde la tradición judeocristiana, en las sociedades occidentales como las latinoamericanas, la sexualidad ha sido subordinada a la procreación, y los derechos sexuales y los derechos reproductivos no se presuponen mutuamente. (Amuchástegui y Rivas, 2004:548).

La revisión teórica e histórica de los derechos sexuales y reproductivos me permitió comprender que el ejercicio de estos derechos depende no solo de las legislaciones que los plasmen en la ley, sino también de estructuras sociales que permitan la subjetivación de estos derechos. Los resultados me llevaron a reflexionar cómo los significados de la reproducción y la maternidad tienen un valor importante en los discursos de las participantes, que sobrepasa lo plasmado

en los tratados internacionales. Todo lo anterior se desarrolla en el contenido de la tesis del cual presento un resumen a continuación.

Contenido de la tesis

La tesis se compone de cuatro capítulos. En el primero desarrollé la perspectiva teórica desde donde se realiza esta investigación: desde la sociología interpretativa de Weber, Simmel y la fenomenología de Schütz, la noción de actuación de Goffman y la estructuración de Giddens, así como el construccionismo de Berger y Luckman. Más adelante presento las categorías analíticas que acompañan a la perspectiva de género utilizada en la investigación: el género, el sexo, la sexualidad, la maternidad (como modelo impuesto), navegaciones reproductivas y decisiones reproductivas. Para finalizar este capítulo se presenta una discusión acerca de la denominación del sujeto de intervención en el trabajo social y se desarrolla la propuesta del término de ciudadanía para nombrar a las personas que recibirán la intervención, sobre todo la ciudadanía sexual y reproductiva.

En el segundo capítulo presento los antecedentes de los derechos sexuales y reproductivos de América Latina y México, la discusión política de la planificación familiar, el paso a la salud reproductiva y la discusión de los derechos reproductivos y sexuales en los distintos foros internacionales.

En el tercer capítulo, el metodológico, describo los objetivos específicos, la perspectiva teórica a partir de la cual se posicionó esta investigación, la justificación y el tipo de estudio. También presento las técnicas de recopilación y análisis de la información, así como el sitio de estudio (Alcaldía de Benito Juárez) y una descripción detallada de las participantes en la investigación.

En el cuarto capítulo presento los resultados del estudio. Aquí muestro el análisis de los testimonios registrados en las entrevistas. En ellos resalta la importancia del “modelo de mujer” en la familia y la posición femenina en la jerarquía familiar, así como las relaciones intergeneracionales en los espacios

socioculturales en sus comunidades de origen y en la CDMX. También presento el análisis de los significados relacionados con la reproducción, la maternidad, los hijos y lo referente al embarazo y el aborto. Un apartado importante es el análisis en relación con las decisiones anticonceptivas, y cómo la pareja y los diversos espacios socioculturales condicionan estas decisiones. Es relevante la información relacionada con el uso de los anticonceptivos, así como los discursos y las prácticas en las instituciones de salud, donde resalta la ausencia de los derechos reproductivos.

Para finalizar expongo las consideraciones finales del estudio, los límites de la investigación y algunas recomendaciones orientadas a futuras estrategias de intervención desde el trabajo social.

CAPÍTULO 1. PERSPECTIVAS TEÓRICAS

A. La interpretación y el sentido de la acción

Es importante para el sustento teórico de esta investigación hablar de la acción social de Weber (2002:5) que tiene su origen en la sociología interpretativa³. La acción para Weber es una conducta humana que, siempre que los sujetos de la acción se enlacen a ella con sentido subjetivo, actúa racionalmente con arreglo a fines que orienta su acción por el fin, medios y consecuencias implicadas (se sopesen o no los medios y fines). Weber dice que en el sopesar está la racionalidad, además de que la actuación racional se sujeta a valores (Weber, 2002:8, 49).

¿Por qué comenzar con la acción social para una investigación sobre decisiones anticonceptivas? Porque la decisión puede ser una acción con sentido incomprensible para otros, además el objeto de estudio de la tesis: las decisiones anticonceptivas, están relacionado con los significados de embarazo y reproducción en mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar en la Ciudad de México, por lo cual la interpretación sociológica de Weber permite considerar la importancia del interpretar las acciones sociales de estas mujeres.

Según Weber (2002:11) una acción con sentido se le puede denominar como comprensible, aunque en algunas ocasiones puede dar la apariencia de que sólo un especialista puede explicar estas acciones, que podrían ser incomprensibles. No obstante, el autor sugiere que no se necesita reproducir la acción para poder interpretar el sentido de tales acciones. Weber (2003:6) también resalta que los elementos comprensibles y no comprensibles están unidos y mezclados entre sí.

Weber (2003:21) destaca que la relación social es una conducta plural que se presenta como recíprocamente referida debido al sentido que encierra, lo que significa que la relación social consiste en la actuación social en una forma o

³ Weber (2003) sugiere que la sociología es: “una ciencia que pretende entender, interpretando la acción social para de esa manera explicarla causalmente en su desarrollo y efectos” (Weber, 2002:5).

sentido interpretable, siendo indiferente a la probabilidad que puede existir en esa acción (Weber, 2002:7).

Entonces si en la relación social se encierra un sentido o una acción incomprensible la sugerencia del autor señala que es necesaria una evidencia de comprensión, la cual puede ser de carácter racional o de carácter endopático. En el carácter endopático se encuentra lo afectivo, receptivo y artístico. Así al irse construyendo el discurso de las mujeres se pretende interpretar sus acciones como incomprensibles para quien interpreta o con un sentido dado para ellas quienes las llevan a cabo, tomando en cuenta que también son importantes las formas de socialización (Simmel, 1986:17).

Las “formas de socialización” son: *“instintos que hacen que el hombre (o la mujer) se ponga en convivencia con otros hombres, que ejerza influencia sobre ellos y a su vez la reciba”* (Simmel, 1986:17). Para que exista la socialización los individuos adoptan formas determinadas de cooperación y colaboración, Simmel lo denomina acción recíproca, una forma de convivir con los semejantes que determina si una relación es o no social (Simmel, 1986:16).

Una forma de socialización es la subordinación y tiene tres formas variables: la subordinación a una forma individual, a una forma colectiva y a un principio objetivo. Además, las personas subordinadas y las personas que subordinan mantienen una acción recíproca. Estas últimas se saben dueñas del poder. Sin embargo, quienes ostentan el poder a su vez son mandados de una forma sutil por la persona subordinada y el elemento fundamental en esa relación es la libertad (Simmel, 1986:212, 237, 257).

Para Simmel (1986:272, 274), esta dominación se puede entender como híbrido entre las nociones de “poder” y “dominación” desarrolladas por Weber, con carácter probabilístico donde se impone una voluntad o se encuentra obediencia. La figura de autoridad en la subordinación se solidifica con la creencia más o menos voluntaria en la autoridad de quien se encuentra sumiso a ella.

La autoridad entonces se sustenta en el reconocimiento por parte de las personas sometidas, por lo cual el sometimiento está mediado por unas relaciones de libertad que no se establecen en la autoafirmación de quien se somete.

Según esto las relaciones de las mujeres indígenas con sus maridos y las instituciones de salud están inmersas en relaciones de subordinación, como se explicó en párrafos anteriores. Sin embargo, de acuerdo con Simmel (1986:206), es comprensible que exista un espacio de libertad para la toma de decisiones anticonceptivas, ya que el autor explica que aún en relaciones de sumisión opresoras y crueles, es posible que siempre permanezca una cantidad considerable de libertad personal. Lo que podría significar que la relación de subordinación no aniquila por completo la libertad de los subordinados. Sumado a lo anterior el hecho de que los individuos sientan opresiva a una autoridad, supone una posible independencia que no puede ser anulada por completo.

En cuanto a las decisiones anticonceptivas de las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar, es importante resaltar que el decidir es un derecho inscrito en los derechos reproductivos. Por eso es importante hablar de qué es el derecho para Simmel (2011). El autor subraya que el derecho y el deber se relacionan, aunque derecho sea la palabra que pensemos en individual. El derecho propio termina donde comienzan los derechos de los demás. Entonces el deber se convierte en el acompañante del derecho (Simmel, 2011:22,28).

El derecho puede tener un peso legal o una suposición individual de lo que consideramos propio, Simmel (2011: 24, 26, 36) dice que la persona que pide una ayuda económica considera que está en su derecho, que el Estado o el prójimo deben encargarse de su desventaja. Entonces la beneficencia del Estado toma su papel para hacerse cargo de eso que el otro no puede, ya sea en lo económico. Sin embargo, esta beneficencia mantiene las relaciones de desigualdad, no se trata de desaparecer la pobreza sino de atenuar lo que provoca, como su deber. Esta observación de Simmel puede destacarse para entender la beneficencia en el trabajo Social, que ha impactado en la construcción del individuo más como un sujeto de caridad y no un ciudadano o ciudadana, alguien a quien educar. Así

pues, a través de la mirada fenomenológica como la de Schütz (1999) se puede comprender la importancia de la subjetividad, para seguir construyendo un sentido de ciudadanía.

Schütz (1999:21) señala que actuamos y reaccionamos dentro del mundo social, debido a que no somos únicamente observadores y como científicos sociales tenemos experiencia directa en el mundo social, por lo que el punto de vista subjetivo debe ser adoptado por las ciencias sociales. Pero la labor teórica comienza al construir un esquema conceptual que permite agrupar la información acerca del mundo social.

Schütz (1999:20,21) resalta la importancia de la subjetividad en los estudios sociales, la cual considera como punto de vista subjetivo que consta de idealizaciones y formalizaciones del mundo social, hábil y convenientemente elegidas, que no contradigan sus datos. El punto de vista subjetivo debe ser mantenido en todo su vigor, ya que de lo contrario tal teoría pierde su cimiento básico: el elemento que remite al mundo y la experiencia cotidiana.

Schütz (1999: 23, 24, 33) sugiere que la comprensión es un conocimiento organizado de hechos naturales y teoría de los motivos. Así pues, para la teoría de la acción social el punto de vista subjetivo es importante, debido a que el actor social no realiza sus acciones o hace sus elecciones al azar (o de forma irracional, diría Weber refiriéndose al racionalismo fundamentalista), sus motivos están organizados en grandes sistemas subjetivos, los cuales tienen sus grados de conocimiento que pueden ser intimidad o anomia. El individuo tiene motivos⁴ “para”, los cuales reflejan lo que piensa hacer a futuro, y los motivos “porque”, que hablan de sus acciones del pasado.

También resalta que no es necesario un conocimiento previo para tener idea de los motivos de los actores, basta tan solo con encontrar los motivos típicos de los actores típicos, que explican el acto en una situación típica, parecido a lo que

⁴ Motivos para: integrados en sistemas subjetivos de planificación. Motivo porque: agrupados en un sistema de personalidad (social) (Schutz, 1999:24).

realiza Weber con el “tipo ideal”. Además, la subjetividad se da en las relaciones cara a cara debido a que el “yo” vivencia y supone que el “otro” también lo hace, de la misma forma que posee sus motivaciones subjetivas (Schütz, 1999:25,29)

Para Schütz (1999:27,37) una relación social se produce debido a que se actúa orientándose a una conducta esperada del otro y se entrelazan las conciencias de los “yo”. Porque el yo manifiesta conductas proyectadas hacia otro, dirigidas hacia un otro yo existente en la esfera social, un yo individual fuera de lo trascendental. El acto social está orientado no solo hacia la existencia física del otro sino también a hacia su acto, porque se espera una respuesta al provocar una acción.

Si pensamos también en términos de Goffman (2001:27), la actuación del individuo es toda actividad que tiene lugar durante un periodo señalado por su presencia continua ante un conjunto particular de observadores y posee cierta influencia sobre ellos. El otro que no es yo ante el cual actuó y me presento. Desde esta mirada se le otorga al otro una idealización ya sea positiva o negativa la cual le ayuda a representar el papel que tendrá en la vida cotidiana, en las relaciones cara a cara y dependiendo del escenario (Goffman 2001:27,47). Se construye al otro a partir de los demás y el otro construye su realidad (del sujeto que actúa).

Otra perspectiva teórica que sirve para explicar los procesos sociopolíticos en los que están inmersos los derechos sexuales y reproductivos, es la teoría de la estructuración, esta explica como «estructura» y «acción» están interrelacionadas y no son opuestas. Las sociedades, comunidades o grupos sólo poseen «estructura» cuando las personas se comportan de forma regular, repiten comportamientos y lo hacen de forma predecible, la regla está presente en el consenso (Giddens y Sutton, 2013).

Por otra parte, la «acción» sólo es posible porque cada uno de nosotros posee conocimiento socialmente estructurado que precede a nuestra existencia. Los individuos participan de manera activa en la construcción y reconstrucción de las estructuras sociales, durante el curso de sus actividades diarias. La vida social

exige a los actores cumplir un complejo conjunto de convenciones sociales y, por otro lado, al aplicar esas convenciones a las acciones, se da fuerza y contenido a las propias normas que se utilizan. La estructuración presupone «la dualidad de la estructura». Esto significa que todas las acciones sociales parten de la base de que existe una estructura (Giddens y Sutton, 2013). Pero además la estructura sólo existe gracias a las prácticas sociales realizadas por agentes que saben qué hacen y por qué lo hacen. Por lo que la estructura es “virtual” (Giddens, 1979:63, citado en García, 2009). Así pues, la estructuración puede explicar cómo las “acciones” de las mujeres con respecto a su vida reproductiva, están inmersas en estructuras sociales⁵, ya sean las que dictan sus espacios socioculturales o los que se debaten en la legislación nacional y que están aprobados en la ley de la CDMX.

Para continuar con el trabajo social en las decisiones anticonceptivas, Kisnerman (1998) resalta que es importante para el trabajo social entender la construcción de la realidad de personas situadas histórica y culturalmente en una sociedad dada, porque las emociones, las intenciones, la memoria, el pensamiento, las acciones y los conocimientos, las situaciones y los hechos sociales, son construcciones sociales. Este autor considera que tal como dice Piaget: el conocimiento es producto de intercambios relacionales donde las descripciones, las explicaciones, las palabras y las acciones adquieren significación, lo cual es reconstruido entre actores y el trabajador social en un contexto social determinado (Kisnerman, 1998:77).

Kisnerman dice que el trabajador y la trabajadora social deben ir deconstruyendo la situación construida hacia adentro, desde lo acuciante de la apariencia, desenredando los nexos, hasta determinar con las personas involucradas, el origen del proceso. Sólo así se podrá construir el objeto en que se trabaja (Kisnerman, 1998:103). Por eso en este trabajo, para hablar de una construcción de la realidad, es importante hablar sobre Berger y Luckman.

⁵ Que son el soporte de las estructuras cognitivas (Bourdieu, 2000 :8,76).

Un acercamiento a Berger y Luckman

Berger y Luckman (1968) dicen “*que la realidad se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales éstos se producen*” (Berger y Luckmann, 1968:11). La realidad se da a partir de una dialéctica en el propio lenguaje y se va construyendo sobre sí misma, a partir de los esquemas clasificadores, más la posibilidad de acumular experiencias y el consenso que se presenta entre los propios actores, además de que ésta se muestra como un mundo intersubjetivo que se comparte con otros. El papel de las personas que llevan a cabo estudios sociológicos es que pueden y deben indagar cómo la noción de libertad ha llegado a darse por establecida en unas sociedades y en otras no, lo que significa que algunas de esas ellas conservan su “realidad” y esa “realidad” puede a su vez desaparecer para una sola persona o para una colectividad entera, lo importante para la socióloga y el sociólogo es averiguar los “cómo” (Berger y Luckmann, 1968:12).

Las acumulaciones específicas de realidad y conocimiento pertenecen a contextos sociales específicos. A lo anterior se le puede denominar el acopio social del conocimiento una de las unidades importantes de análisis para el sociólogo (Berger y Luckmann, 1968:58)

Berger y Luckman (1968) señalan que la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los integrantes de una sociedad que le dan el significado subjetivo de un mundo coherente. El mundo de la vida cotidiana es la realidad donde se manifiesta el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas, el cual se origina en los pensamientos y en las acciones, por lo que los miembros de la sociedad lo consideran real (Berger y Luckmann, 1968:35).

Los autores consideran que la mejor forma de analizar la construcción de la realidad es el análisis fenomenológico, que definen como método descriptivo. Berger y Luckman (1968:35) señalan que el análisis fenomenológico de la experiencia subjetiva de la vida cotidiana es un freno contra todas las hipótesis causales o genéticas.

También la conciencia construye la realidad, la conciencia de mi prójimo y la conciencia de mí mismo, que es explicada a través del lenguaje, destacando el yo debido a la conciencia. Los mundos compartidos tienen correspondencia en significados durante las interacciones de la vida cotidiana, que parece real para los integrantes que comparten el espacio y la temporalidad (Berger y Luckmann, 1968:36,75).

Los autores sugieren que, por lo menos en la vida cotidiana, aprendemos a quien acudir por causa del lenguaje y la interacción social construye elementos compartidos y el conocimiento de saber quién es el experto que tiene el conocimiento⁶ necesario para ayudarme a resolver ciertas problemáticas (Berger y Luckmann, 1968:37, 6).

La importancia del lenguaje permite que el conocimiento sea socialmente compartido, porque el aprendizaje, la construcción de la realidad y la conciencia de quienes nos rodean se transmiten a través de él. Así mismo la construcción de que es “ser mujer” y que es “ser hombre” se comunica por el lenguaje, que en los significados muestra la jerarquía de la vida social y las relaciones intergeneracionales. Por tales motivos, es importante para este trabajo la perspectiva de género, por su utilidad para analizar los significados de las participantes en la investigación con respecto a sus relaciones intergeneracionales y el peso que tienen en sus decisiones anticonceptivas. El siguiente apartado desarrolla las categorías de análisis a partir de esa perspectiva.

Categorías de análisis desde la perspectiva de género

Para abordar el tema de las decisiones reproductivas de mujeres migrantes indígenas trabajadoras del hogar en la Ciudad de México, es necesario definir los conceptos de: género, sexo, sexualidad, interseccionalidad, la maternidad (como modelo impuesto) navegaciones reproductivas y decisiones reproductivas, debido

⁶ Los autores señalan que el conocimiento es socialmente compartido, sin embargo, no todos los semejantes comparten el mismo conocimiento, a lo cual los autores sugieren que quizá existan conocimientos que no se compartan con nadie. Además, las jerarquías en el conocimiento hacen que no todo conocimiento sea socialmente compartido (Berger y Luckmann, 1968).

a que es un estudio que trata sobre decisiones anticonceptivas y estos conceptos se puede entender desde donde se construye esta investigación.

Es importante comenzar con la categoría género. Para Scott (1990:44) el género “es un elemento constitutivo de las relaciones, basado en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”. Para esta autora, el género comprende cuatro elementos interrelacionados: a) los símbolos culturalmente disponibles; b) los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos en un intento de contener sus posibilidades metafóricas; c) las nociones políticas, referencias de las instituciones y organizaciones sociales; y d) la identidad subjetiva

Desde esta perspectiva, el género es una categoría socialmente construida por las relaciones sociales e identidades organizadas en torno a las diferencias reproductivas y un principio organizador de prácticas relacionales, resultado de las prácticas cotidianas (Sosa-Sanchez, 2013:187). El género asigna roles diferenciados para hombres y mujeres basados en una visión binaria de opuestos (Bourdieu, 2000:48). A la dualidad de comportamientos entre hombres y mujeres se le otorga una carga de valor como adecuada o negativa, acorde a los imperativos del género (Maqueira, 2008:180).

Por su parte, Juliano (2010) define al género como conjunto de conductas a través de las cuales se expresan las categorías sexuales, señalando que éste tiene importancia sobre el sexo y es amparado en un sustento “biológico”, para medicalizar e higienizar lo “anormal” o “patológico”, construyendo así imaginarios estigmatizadores, prácticas y estrategias que se dirigen al cuerpo, reforzadas desde el siglo XIX por la dualidad del género que se sustenta en el concepto de “normalidad” validado por la racionalidad científica, que descartaba la ambigüedad en casi toda la biología humana, pretendiendo la existencia de límites fijos y descriptibles de cómo funcionaban las personas. Lo anterior fue un cambio de la

base de legitimación: de lo religioso a lo científico, el pecado sustituido por la patología⁷(Juliano, 2010:150,152).

El sexo es otra categoría importante para este estudio. Se parte de reconocer que la diferencia entre los hombres y las mujeres se construye a través de la diferencia corporal⁸ (Beauvoir, citado en Sosa-Sánchez, 2013:184). El sexo se refiere a las diferencias físicas y biológicas entre hombres y mujeres, y éste ha de acomodarse a los imperativos del género⁹ (Juliano, 2010).

En lo que respecta a las sexualidades, éstas son definidas como las conductas, los comportamientos, sentimientos, prácticas, deseos, pensamientos sexuales, vínculos emocionales y sexuales entre personas ¹⁰(Jacobs y Roberts,1989 citado en Maquiera, 2008:181) La sexualidad está ligada al género es política y está organizada a través de sistemas de poder que recompensan y castigan, los cuales son asignados al cuerpo, a su fisiología y en muchas ocasiones la sexualidad es reducida a la relación coital. Si bien se considera que el cuerpo determina el funcionamiento de la sexualidad, son las prácticas, las que reafirman los modelos de género, además de que regulan la sexualidad (Maquiera, 2008:182).

Autores como Weeks (1998) y Amuchástegui y Rivas (2004:550) coinciden en que la sexualidad tiene su origen en lo histórico porque está construida socialmente, es resultado de múltiples influencias y de intervenciones sociales. Pero Week sugiere que la sexualidad está configurada por fuerzas sociales, y no constituye un aspecto natural¹¹, tampoco cultural, y es uno de los modelos más susceptibles de organización. Amuchástegui y Rivas (2004:550) señalan que la

⁷ En este siglo desaparece la documentación acerca de los hermafroditas, de esa manera se considera que solo existe una clasificación dual cromosómica. Además de que se ignoran las diferentes sexualidades, pero sobre todo se ignoró la homosexualidad femenina (Juliano, 2010:154)

⁸ Weeks (1998) revisa cómo varios autores trataban el pasado sexual de la humanidad y señalaban que la energía sexual era natural e irresistible. Además, los estudiosos definían el sexo como conducta y no como característica biológica (Weeks, 1998:26).

⁹ Lo biológico no puede ser explicado por completo en dualidad, porque existen intersexos, que no entran en las definiciones de lo masculino y lo femenino y se construyen como una ambigüedad biológica que, para la medicina, necesita ser corregida (Fausto-Sterling, 2006 citado en Juliano,2010:154).

¹⁰ Estas diversas sexualidades se denominan bisexualidad, heterosexualidad, homosexualidad.

¹¹ Lo anterior es la respuesta de Weeks (1998:25) a los sociobiólogos contemporáneos que consideraban las formas sociales como emanaciones de material genético básico. Además, sugiere que no se puede reducir la conducta humana al funcionamiento del ADN. El concibe a la biología como una serie de potenciales que se transforman y adquieren significados sólo en las relaciones sociales.

sexualidad se encuentra marcada por contingencias culturales, como muestra la enorme variabilidad de prácticas sexuales y sus significados en distintos periodos y culturas. La sexualidad sólo existe en sus formas sociales, su organización social, las fuerzas que la configuran y que también modelan las posibilidades eróticas del cuerpo, que varían de una sociedad a otra (Weeks, 1998:28).

En este sentido, Weeks (1998) no niega que la biología, la fisiología y la morfología corporal proporcionan de manera importante las condiciones previas para la sexualidad humana, sin embargo, asegura que la sexualidad es más que sus bases corporales. Por ejemplo, tres ejes importantes de la estructura de dominación en la sexualidad son la clase, el género y la raza (Weeks, 1998:28,29). Estas categorías, no son equivalentes, si bien tienen puntos en común, sus bases históricas y ontológicas son diferentes, e involucran fronteras y jerarquías que las personas utilizan como ejercicio de clasificación social al colocarse y colocar a otro en el espacio (Anthias, 2013:7).

Los conceptos sexo, género y sexualidad están condicionados por los patrones hegemónicos del modelo dominante que es masculino blanco y heterosexual. En las distintas olas feministas este modelo fue denominado patriarcado¹², antes de comenzar a considerar el género, el sexo y la sexualidad como categorías de análisis de las relaciones entre hombres y mujeres (Lamas, 2000:3; Sosa-Sanchez, 2013:183)

La maternidad en los modelos obligatorios de feminidad

Los modelos obligatorios atribuyen conductas complejas a las mujeres, tales conductas son naturalizadas por las características biológicas y se basan en los instintos. A pesar de que los modelos de ser mujer sean socialmente contruidos, –los modelos obligatorios son el de esposa y madre— éstos son asumidos por los

¹² El patriarcado definía a las mujeres únicamente por su sexo, cuya función era complacer sexualmente a los hombres y en tener a su cuidado a los hijos, por lo que se hablaba de esclavitud sexual (enmascarada en amor romántico) y maternidad forzada (enmascarada en el “instinto maternal”), como los ejes del control masculino sobre los cuerpos de las mujeres (Fernández, 2004: 192).

grupos sociales como destinos y no como opción y regularmente se cumplen dentro de la familia tradicional (Juliano, 2004:45).

El papel de la mujer en los modelos de feminidad es el de madre, sin embargo, este modelo tiene una forma obligatoria de llevarlo a la práctica, dentro del matrimonio y con el apoyo de una figura masculina. Debido a esto la maternidad en soltería se considera una falta, por lo que la madre soltera debe compensar su falta ante los grupos sociales (Juliano, 2004:82).

La maternidad es un camino trazado socialmente para las mujeres, es el mandato que no pueden evitar, es el rasgo característico de plenitud para completar la vida femenina y aunque esto no es evidente, la imposición social de que la maternidad es un destino distintivo de la naturaleza de los instintos tiene una influencia importante en conductas individuales y en las valoraciones sociales¹³ (Juliano, 2004:43, 44, 45).

Igualmente, la maternidad es considerada como específica de la condición femenina. Los valores sociales que se le atribuyen a las mujeres radican en la posibilidad de ser madres, por lo que las mujeres buscan ser madres por cuestiones psíquicas y sociales y aceptan su función de reproductora, así la sociedad les da un lugar prestigiado por ser madres (Lamas, 2001:35).

La maternidad es aceptada y construida socialmente como la forma “abnegada, amorosa y natural del sexo femenino”, se desarrolla en el ámbito de lo privado de la familia y se sostiene en el discurso imperante (Lamas, 2001: 22). Por lo tanto, la actividad altruista que se desempeña por el amor maternal se caracteriza por el cuidado continuo, la postergación de los propios proyectos, la atención a las necesidades de los otros e implica renunciaciones y sacrificios, que se asumen por llevar a cabo el papel de ser “buena madre”, aunque esto tenga un coste personal elevado (Juliano, 2004:52).

¹³ Fernández (citado en Juliano:2004: 45) señala que el amor maternal es uno de los ámbitos asignados a las mujeres como destino en el sistema mítico de naturalización de las conductas femeninas, al cual también pertenecen el amor romántico y la pasividad sexual (Juliano:2004:45).

Otra construcción social de la maternidad la considera un hecho físico y visible por la biología del embarazo, parto y amamantamiento, que se contextualiza por las prácticas sociales dadas en las culturas, y por ello son las mujeres las encargadas del cuidado y la crianza (Lamas, 2001:24). Juliano (2004:54) sugiere que la maternidad puede llegar a ser un proyecto atractivo, pero que es necesario subrayar que **es un proyecto** y por lo tanto es optativo.

Al ser producidos como sujetos por representaciones simbólicas dentro de formaciones sociales dadas, resultado de una cultura e historia, esto crea condiciones para que los cuerpos se produzcan de cierta forma, en cierto tiempo y en ciertos ritos. De esa manera se crean los discursos que interpretan la diferencia sexual como responsabilidad diferencial de la reproducción y la responsabilidad reproductiva. La cual se centra en las mujeres, aunque un hombre pueda embarazar a diferentes personas en un mismo lapso y una mujer solo pueda parir una vez al año (Lamas, 2001:34).

El elemento importante que refuerza los discursos de maternidad es la transformación histórica y social¹⁴ por la que ha pasado, dejando de ser una opción de las conductas determinadas socialmente, para convertirse en un mandato de la “naturaleza”, una acción incitada por los “instintos” que es irrevocable, compleja e inmutable y le otorga a las conductas dos tipos de causas, las determinadas socialmente y las “instintivas”. Las primeras son resultado del devenir histórico por lo cual cambian según el tiempo y circunstancias, de tal manera que pueden provocar modificaciones en la estructura de las relaciones sociales, las instintivas tienen un significado en los discursos sociales como si fueran inmutables, porque supuestamente pertenecen al ámbito de la naturaleza y se producen con o sin el entorno social (Juliano, 2004:44).

¹⁴ Juliano (2004:48,50) desarrolla un relato histórico de la valoración de la maternidad según las épocas. En siglos del XVI al XIX el abandono de los hijos era una práctica común, sin embargo, a partir del siglo XVIII personajes sobresalientes (Rousseau, Pestalozzi y Richter) ya señalaban que los niños requerían de atención pedagógica y social, destacando principalmente el papel de las mujeres como cuidadoras. Es a partir del siglo XIX que la maternidad comenzó a representar un evento de suma importancia para las costumbres de la época, y calificaban de anticuado el despegar maternal hacia los hijos, sobrevalorando y naturalizando la función materna (Juliano,2004:48, 49,50).

Para esta investigación es importante analizar la maternidad como modelo obligatorio, debido a que, a partir de estos significados construidos socialmente, se pueden analizar las decisiones de vida y las decisiones anticonceptivas en un grupo de mujeres indígenas trabajadoras del hogar.

Violencia de género

El género es un sistema asimétrico de relaciones sociales que se apoya en formas extendidas de violencia consideradas legítimas¹⁵ e ilegítimas. Las legítimas están naturalizadas por lo que resultan invisibles. Las ilegítimas están desnaturalizadas y son las violencias visibles contra las que se pueden luchar (Juliano, 2004:72).

La violencia es simbólica o física. La violencia simbólica es una construcción que desvaloriza a la otra persona, la estigmatiza y le niega la posibilidad de expresar o hacer valer sus propias intenciones. Es el tipo de violencia que precede a la violencia material y se manifiesta sin dejar en evidencia su ilegitimidad e incluso la sociedad la considera justificada. Es importante sobre todo si se piensa en cómo se dan las relaciones entre hombre y mujer, en donde el hombre corrige y la mujer tiene que ser corregida (Juliano, 2004:68)

Así mismo la violencia se sostiene en un sistema social de desigualdades y asimetrías¹⁶, esto permite que las especificidades de género, de edad, étnico-culturales, la diferencia de recursos o de información, sean utilizadas para ejercer violencia material. La violencia material ejercida contra ciertos grupos se respalda en la violencia simbólica, la cual es la más difícil de combatir (Juliano, 2004:68).

¹⁵ La violencia legítima abarca dos campos homólogos: la simbólica y la física. La violencia simbólica es ejercida por instituciones o constructores autorizados de opinión pública (como los medios de comunicación), la violencia física es ejercida por el monopolio estatal (Juliano, 2004:67)

¹⁶ Por ejemplo en la conformación de la familia patrilocal (el hábito de fijar la residencia de una nueva pareja en el hogar de los progenitores del marido o en sus cercanías), se permite separar a la mujer de su familia de origen y garantizar su inclusión en el «patrilinaje», sin proyectos propios ni apoyos externos, Juliano(2004) señala que esta estrategia mantienen la posición de privilegio de los hombres, frente a las mujeres, además de que legitiman la violencia simbólica y física contra a mujer en la familia (Juliano, 2004: 90)

La violencia de género se da en las sociedades que nos construimos como sujetos las mujeres, ya que, en tanto son sociedades que valoran en mayor medida el respeto por la intimidad y privacidad de los hombres, se minimiza el respeto por la seguridad e integridad de las mujeres. Incluso las mujeres realizan juicios con respecto a las agresiones contra ellas o las congéneres, responsabilizando a las víctimas o considerando que se le está enjuiciando equivocadamente al agresor, incluso a su propio agresor (Juliano, 2004:70).

Juliano (2004) sugiere que solo *“luchando contra la violencia simbólica, se pueden deslegitimar y erradicar las prácticas concretas en que se materializa”* (Juliano, 2004:71). En los modelos obligatorios se legitima la violencia contra las mujeres. Los discursos de las mujeres de este estudio se encuentran enmarcados en esos modelos, Esta revisión teórica contribuye al análisis de las experiencias en el grupo de mujeres de este estudio.

Las decisiones reproductivas

Van der Sijpt (2014) sostiene que la idea acerca de que los individuos deben ser “libres” de actuar de acuerdo con sus comportamientos reproductivos y que al hacerlo alcanzaran sus deseos de fecundidad, retrata las intenciones de fecundidad como inequívocas y definidas a priori, lo cual indica que los debates globales actuales y las intervenciones locales en este campo de la salud están a menudo impregnados de algunos conceptos erróneos sobre las prácticas reproductivas. Por ejemplo, muchos estudios cualitativos han mostrado, que los deseos reproductivos a menudo son controvertidos, múltiples y cambiantes en el curso de un proceso gestacional incierto y el curso de la vida reproductiva (Van der Sijpt, 2014:279).

Por tal motivo Van der Sijpt (2014) sugiere investigar las prácticas de salud reproductiva de las mujeres como navegación reproductiva, lo que permite ubicar las decisiones relacionadas con la fecundidad dentro de sus contextos específicos. Este enfoque resalta la creatividad con la cual las mujeres en la vida real manejan sus trayectorias de fecundidad, sumado a que ayuda a teorizar la

interrelación entre las decisiones reproductivas y las configuraciones estructurales particulares. Por ello al hablar de decisiones reproductivas, la explicación se aleja de suposiciones universalistas e individualistas sobre el comportamiento de salud reproductiva.

Para hablar de la navegación social, Van der Sijpt (2014) retoma a Vigh quien sostiene que la navegación social trata de evaluar el movimiento del entorno social, las propias posibilidades que se mueven a través de ella, los efectos sobre lo planificado y los movimientos actuales de los actores sociales (Vigh, 2006:13 citado en Van der Sijpt 2014). En esta visión, el comportamiento individual ya no se conceptualiza como el cumplimiento de intenciones y cálculos fijos en el vacío social. La comprensión de Vigh de la navegación social enfatiza la interacción constante entre las acciones de una persona y las fuerzas sociales complejas, ambas en movimiento continuo. Captura la creatividad, la contingencia y la incertidumbre de la toma de decisiones en contextos estructurales en constante cambio (Van der Sijpt, 2014:279).

Este enfoque en eventos de fecundidad permite desentrañar patrones más generales que la autora llama navegación reproductiva, para estudiar las formas en que las personas dan dirección a sus trayectorias reproductivas. El objetivo de este enfoque es moverse lejos de suposiciones predefinidas de comportamiento de salud reproductiva (Van der Sijpt, 2014: 279).

Entonces si pensamos en lo anterior se podría señalar que es difícil hablar de decisiones tal como lo dicen Correa y Petchesky (2001), pero sí se puede entender que las personas improvisan y dan dirección a sus trayectorias reproductivas según sus condiciones estructurales particulares y biografías individuales (Van der Sijpt, 2014:274). La decisión se encuentra presente, no como se esperaría en un ideal de condiciones, pero existen. Por ejemplo, si recurrimos al significado de decidir el diccionario de la Real Academia Española (RAE) nos dice lo siguiente:

1. tr. Formar juicio resolutorio sobre algo dudoso o contestable.

2. tr. Formar el propósito de hacer algo.
3. tr. Hacer que alguien forme el propósito de hacer algo.
4. tr. Determinar el resultado de algo.
5. prnl. Formar el propósito de hacer algo tras una reflexión.
6. prnl. Hacer una elección tras reflexionar sobre ella. (RAE, 2017).

Los múltiples significados muestran que en la lengua hay muchas formas de decidir, ya sea entre pocas opciones, bajo una reflexión o bajo coacción, pero de alguna forma son decisiones, ya sea desde formar un juicio, hasta hacer algo (la acción).

Por ejemplo, Erviti (2005:24) desde la posición teórica de Weber (1985) y Schütz (1974) plantea que las personas tienen capacidades individuales de accionar en el marco de un contexto social, porque los sujetos dan sentido a la acción y construyen interacciones. De esa manera su estudio sobre el aborto¹⁷ tiene como hipótesis interpretativa el reconocer las capacidades individuales de accionar, en el marco de un contexto social, estructural e ideológico que condiciona los comportamientos individuales. Las capacidades están relacionadas con características sociales, culturales y de constitución del yo (*self*). Sumado al reconocimiento de que los comportamientos individuales también están condicionados por la estructura, normas, discursos institucionales y morales (Erviti, 2005:24).

Con lo anterior se puede señalar que existen discursos que le dan una carga valorativa a las decisiones sexuales de las mujeres, como las decisiones tomadas en favor de la abstinencia o las mujeres como víctimas del deseo de otros. En estos ejemplos la represión individual aparece triunfante sobre la tentación social,

¹⁷ El objetivo de la investigación de esta autora es comprender los comportamientos de un grupo de mujeres que afrontaron un proceso de aborto, el manejo de las situaciones adversas, la capacidad para demandar y movilizar recursos materiales, sociales y emocionales de sus redes sociales, al igual que comprender los condicionantes sociales y culturales de los diferentes tipos de comportamientos y prácticas (Erviti, 2005:25, 26)

de esa forma el placer, el deseo y las mujeres como sujetos sexuales permanecen en las sombras (Fine, 1991:295).

A partir de lo que se ha desarrollado en este trabajo, se desea conocer los significados de la reproducción y los embarazos en mujeres indígenas migrantes trabajadoras de la Ciudad de México. Entonces es necesario destacar que las mujeres nos encontramos insertas en relaciones de género marcadas con sus particularidades que pueden ser estudiadas a partir de las experiencias reproductivas, como es el caso de las mujeres de este estudio.

El decidir está enmarcado dentro de los derechos reproductivos y sexuales, pero este trabajo sobre decisiones reproductivas no tiene como finalidad mostrar que este grupo de mujeres toma decisiones de forma libre e informada, tal como dicen los universalismos de los tratados, de los cuales habla Van der Sijpt (2014: 279). Más bien se busca comprender sus elecciones anticonceptivas que están dadas dentro sus contextos particulares y enmarcadas en los significados que la maternidad y el embarazo conlleven. Los resultados podrían orientar hacia estrategias de intervención desde el trabajo social.

B. La ciudadanía en el Trabajo Social

Es necesaria una denominación de las personas objetivo de la intervención, al hablar de mujeres indígenas trabajadoras del hogar y sus decisiones reproductivas. Como en esta tesis no se busca tratar las decisiones como una toma racional ni como una cooptación total de las mismas, se considera importante realizar una discusión de como nombrar al sujeto de intervención en el trabajo social, no solo a partir de las teorías sociales para entender a los individuos, sino también a partir de la propia denominación del otro que será sujeto de intervención. Especialmente si se piensa que los individuos no son únicamente receptores huecos que no tienen participación en su propia intervención social (Zúñiga 1996:1). Por lo tanto, es importante dar una denominación del individuo a partir de lo que se considera un sujeto con su propio pensar y actuar (claro que con sus debidas circunstancias).

Para esta investigación primero se sugiere hablar de algunas definiciones en la teoría de Weber y Schütz, también se contempla a Goffman para tratar la importancia del actor y se cierra con la idea del pobre de Simmel desde la sociología, concepto que se va desarrollando en el trabajo social, y después se traslada al necesitado.

Más adelante desarrollo los términos, sujeto y actor social en el trabajo social y, a partir de ahí se plantea cómo las denominaciones de usuario, cliente y ciudadano dan una visión distinta acerca del sujeto de intervención. Así mismo la ciudadanía es considerada como el concepto indicado para hablar de sujetos de intervención en el trabajo social y sobre todo para hablar acerca de decisiones reproductivas en mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar.

El comprender de Weber, la subjetividad de Schütz y el pobre de Simmel.

En el trabajo social la construcción del sujeto de intervención se ha dado desde el origen de esta disciplina social, el sujeto-objeto de la caridad inadaptado próximo a ser integrado a un sistema que lo espera deseoso de tener una mano de obra más y lo convierte en necesitado, el cliente o usuario con deseos, el otro construido mediante intervención y mucho otros adjetivos que se le otorgan al individuo que se encuentra en el foco de las acciones que realizará el trabajador social para darle sentido al propósito de su profesión (Navarro. 2013:31, 36, 40; Mancinas 2014:380, 385). Sin embargo, las teorías sociales permiten comprender al sujeto para poder dirigir la intervención a partir de la definición de actor social. En sí el trabajo social se construye desde la teoría social y ésta le comparte un enfoque de dónde mirar los fenómenos sociales para realizar un diagnóstico que lleve a una adecuada intervención.

Navarro (2013:31) sugiere que, en el trabajo social, la propia denominación del otro debería ser objeto de reflexión porque el uso de un término determinado conlleva una percepción concreta acerca de los sujetos de intervención en Trabajo Social y del propio Trabajo Social en general.

Así mismo Mancinas (2014) reflexiona acerca del sujeto de intervención en el trabajo social y sugiere que cada disciplina construye al sujeto según los saberes teóricos y metodológicos, lo cual se vuelve una forma hegemónica de ver al individuo. Sin embargo, a pesar de lo anterior sigue resaltando la importancia de la teoría para entenderlo, ya que sin ella es dificultoso comprender las mediaciones del ser social (Mancinas 2014:379).

Como las teorías sociales son importantes y Mancinas (2014) habla de la necesidad de entender al sujeto, se hace necesario comenzar por Weber (2003:6) quien sugiere que es necesario para resaltar la importancia de la comprensión, ya que como el autor señala para interpretar se requiere de la evidencia de la comprensión que se divide en racional y endopática. Con lo primero se refiere a la comprensión lógica o matemática y lo segundo es lo afectivo, receptivo o artístico. También es importante destacar la “acción social” (que es lo necesitamos comprender para interpretar lo que realiza el sujeto) la cual contiene el “sentido” o la “conexión de sentido”, lo comprensible de un modo diáfano y exhaustivo; en el dominio de la acción se halla la evidencia endopática cuando se revive la conexión con el sentimiento que se experimentó en ella. Weber (2003:7) resalta que se puede comprender la evidencia endopática tal como comprendemos la de carácter racional, ya que captamos el sentido que revive la conexión de sentimientos que se dio en la misma.

Weber (2003:6) sugiere que así como comprendemos la argumentación de alguien cuando hace una proposición lógica, de la misma manera lo hacemos con alguien que ofrece datos de los hechos de la experiencia, los cuales son conocidos para nosotros y podemos inferir basados en nuestra experiencia, sobre los medios a emplear, ya que en los medios empleados se encuentra el grado máximo de evidencia para dar una explicación y, de esa manera, comprendemos los errores en los cuales también nosotros podemos incurrir o situaciones en las que tuvimos una experiencia propia.

Es necesario destacar que Weber (2003:6) subraya que a menudo no podemos comprender los valores y fines últimos que orientan la acción de un individuo con

la plena evidencia, debido a que se alejan de nuestras propias valoraciones, pero en ciertas circunstancias podemos captarlos intelectualmente, con sus debidas dificultades, a través de la fantasía endopática y de esa forma contentarnos con la interpretación intelectual. Los afectos y las acciones no comprendidas como racionales podemos revivirlas afectivamente cuando más susceptible se es a esos afectos, para así poder comprender de forma endopática su sentido, sus efectos sobre la dirección y los medios de la acción.

Por lo tanto, si es necesaria la imaginación endopática para comprender lo que parece carecer de un carácter racional, es importante señalar que la subjetividad es el elemento que remite al mundo y a la experiencia cotidiana, debido a que a través de nuestra propia experiencia reconstruimos las experiencias de otros, ya que no somos una tabla rasa que solo analiza la acción social que otros realizan sin tener en cuenta nuestra propia subjetividad (Schütz 1999:45). Como vimos en páginas anteriores Schütz (1999:25) dice que el actor social realiza sus elecciones al azar con frecuencia, cuyos motivos organizados en sistemas subjetivos, tienen grados de conocimientos como la intimidad o la anomia. Para eso es importante resaltar los motivos “para” y los motivos “porque”.

También, para continuar con la construcción del actor es necesario retomar a Goffman (2001:14) con la actuación, la cual se define como toda actividad dada en un lugar durante un periodo señalado por la presencia del actor social. Ante un conjunto particular de observadores, esta interpretación del sí mismo posee cierta influencia sobre ellos. El otro (que no es yo) ante el cual actúo y me presento.

Desde la mirada de Goffman el otro es idealizado ya sea de forma positiva o negativa, le ayuda a representar el papel que tendrá en la vida cotidiana, en las relaciones cara a cara y dependiendo del escenario (Goffman 2001:47). Tal como el sujeto de intervención del trabajo social, el cual inició como el necesitado y se le idealizó.

Entonces si pensamos en el sujeto de intervención del trabajo social también podemos creer que hay una construcción del necesitado que ha sido analizado por la teoría social, como ejemplo está el análisis de Simmel (2011) acerca del pobre.

En páginas anteriores se habló del derecho y las demandas del necesitado hacia el Estado. La demanda del necesitado se dirige hacia el solidario o como Simmel (2011:26,30) dice que, en el peor de los casos, el resentimiento del necesitado apunta contra el que aparenta ser el explotador, aunque puede que sea parte de los explotados, aquel que solo está bien vestido. La moral, como eje individual de las decisiones del que hace el bien por otro, es otro soporte del beneficiar al que no posee, sin embargo, no deja de ser un sentido individualista o al menos eso cuestiona el autor. Sin olvidar que el pobre no es solo parte de la localidad y lo municipal, sino también es parte de la ciudadanía.

La expresión individual de las personas forma una colectividad en suma con otras expresiones individuales, que cohesionan socialmente. En lo colectivo esas decisiones individuales no siempre separan al individuo del grupo, suma su interés al de los demás. El pobre como receptor de la beneficencia, muestra la deficiencia social, la cual requiere restauración (Simmel, 2011:26,30). Pero el pobre es construido socialmente, se construye a sí mismo ante la pobreza, se asume como receptor de la misma y de la ayuda de la beneficencia además de cohesionar a la sociedad, por tener una expresión individual que se suma en la colectividad.

Entonces, tomando en cuenta lo anterior, se puede señalar que los individuos realizan acciones que no siempre son comprensibles, sin embargo, tienen sentido a partir de sus afectos emocionales, más allá de una lógica racional (Weber 2003: 6). Además, la subjetividad es importante debido a que somos individuos sociales con motivos organizados en sistemas subjetivos, con sus grados de conocimiento, ya que así como el yo tienen sus propias experiencias, supone que el otro también las tiene (Schütz, 1999:45). También esos individuos se presentan en diferentes escenarios en los cuales asumen un papel que los llevara a actuar tal como se espera (Goffman, 2001:34). Una situación así la representa el necesitado quien es sujeto de beneficencia, el pobre, que se construye a sí mismo a partir de la

construcción social, el cual tiene “derecho” a pedir ayuda proveniente del estado y del explotador.

Así se puede ver como la asistencia social estatal convierte a los pobres en objetos pasivos de intervenciones que tratan la pobreza, mientras la construyen como una categoría de exclusión y de degradación de estatus (Cosser citado en Fernández 2000:20). Por lo anterior se puede sugerir que la asistencia social le da un poder al trabajador social sobre el asistido, el cual incrementa por razones humanitarias o benevolentes y el trabajador social dispone de mayor discrecionalidad sobre el cliente, por lo que se evidencian las relaciones asimétricas producto de la profesionalización del trabajo social, el cual le da al beneficiado el título de cliente, quien no tendrá muchas posibilidades de controlar el actuar del profesional, ya que solo será un perceptor de cuidado y objeto de la ayuda (Fernández, 2000:28).

El pobre en el trabajo social (Asistido)

Fernández (2000: 30) reflexiona (sosteniéndose en Paugam) acerca de la pobreza y dice que ésta, en las sociedades modernas, no es sólo el estado de una persona que carece de bienes materiales, contiene también un estatus social específico, inferior, desvalorizado, que marca la identidad de aquellos que la padecen. Los pobres no están privados únicamente de recursos económicos y materiales, sino también de influencia política y de reconocimiento social¹⁸.

Kisnerman (1998:57) resalta que la asistencia social próxima a la beneficencia trabaja con sujetos con carencias materiales y palía las emergencias sociales. Las asociaciones al institucionalizar la profesión de servicio social sistematizan los conocimientos y de alguna manera reconocen los derechos de las personas, sin

¹⁸ Kisnerman(1998) dice que la pobreza es señalada como el mayor problema social a afrontar en un mundo globalizado. Ser pobre significa tener baja acreditación de estudios, baja calificación laboral, lo que lleva a ser desocupado, subempleado o con trabajo temporal y con salario bajo. Esta circunstancia lleva a condiciones de vida deficientes, las cuales el autor enumera. Así Kisnerman se refiere a una espiral de la pobreza que suele reproducirse en los hijos de quienes, empujados por la realidad económica familiar, ingresaran tempranamente al mercado de trabajo, a engrosar la fila de desertores escolares y de desempleados o a la vida delictiva. La espiral de padres a hijos reproduce entonces el sistema social (Kisnerman, 1998:103).

embargo, repiten la acción asistencialista y los profesionales continúan como dadores descomprometidos con los problemas de su tiempo. Ambas formas reproducen la ideología dominante a través del control que llevan a cabo sobre lo cotidiano de las personas, generan dependencia del o la profesional y de las instituciones que ejercen su protección a través de prestaciones, realizando manipulación política al reproducir la dependencia para continuar manteniendo la exclusión social.

Sujetos y actores en el Trabajo social

Retomando lo anteriormente plasmado acerca del pobre, es necesario hablar de sujetos y actores sociales en el trabajo social. Kisnerman (1998:104) sugiere que es importante preguntarse, como trabajadora o trabajador social, acerca del significado, la aprehensión subjetiva de la realidad y como la representan los actores sociales, porque, al no tener en cuenta esto, es intervenir sobre las personas, a partir del saber dominante.

Así mismo Kisnerman (1998:104) dice que se parte de una concepción del sujeto, ya que de acuerdo con él las conductas, creencias, valores, esperanzas, confianzas, desconfianzas, temores, proyectos, afectos, acciones y frustraciones, configuran al individuo como unidad de atención que se halla en grupos. Son sujetos en red vinculados con otros sujetos lo cual lleva a pensar en una dialéctica intersubjetiva. Todas estas relaciones hacen que los actores sociales se construyan socialmente, que sean históricos, los cuales tienen capacidad de reflexionar y resolver creativamente los problemas de la propia existencia.

Zúñiga (1996:7) realiza una reflexión acerca del sujeto y el actor. Señala que “sujeto” hace pensar en lo “subjetivo”, lo psicológico, en el mundo interno, opuesto a un mundo “real”, “objetivo”. Entonces “actor” parece ser un concepto teatral salido de la sociología de Goffman. Pero si se piensa que para ser actor basta con funcionar en un sistema social como ciudadano o como funcionario, es difícil entender el trabajo social en términos de sujeto o actor.

El actor tiene una fuerza social en acción (acción actual, emergente, o potencial), incluyendo una realidad que está en esa acción. Pero sin señalar la acción, sin especificarla, sin contextualizarla, no tiene sentido hablar de acción, por lo tanto, no se puede hablar de actor. En cuanto al sujeto, los elementos que lo definen incluyen la capacidad de ser actor y la decisión de serlo. Por lo tanto, el sujeto no es una conciencia del individuo aislado, ni es una conciencia fundamentalmente socializada (Zúñiga, 1996:13)

Para Zúñiga (1996:15) el análisis de actores y sujetos tiene sentido únicamente para facilitar el análisis de la acción social. A través de ese análisis se logra la planificación de la intervención social. Tomando en cuenta lo anterior Zúñiga resalta que el trabajador social realiza su labor con gente real, activa, capaz de actuar en forma autónoma, actores de su propia vida capaces de tomar conciencia de su propia existencia, de sus posibilidades y de sus potencialidades, sujetos de acción. Por lo tanto, no se trata de decidir si son individuos o son masa, son personas en relación, capaces de ser actores colectivos, sujetos colectivos, activos y conscientes de su propia acción. De ese modo los conceptos de actores y sujetos permiten visualizar mejor la acción social, pero interpelan directamente en cuanto a la conciencia crítica que el trabajador social tenga de su rol activo, presente, eficaz (Zúñiga, 1996:15,16).

Regresando a las teorías sociales en el trabajo social, desde la teoría crítica (cimentada fundamentalmente en las obras de Marx, Gramsci y Lukács) Mancinas (2014:384) encuentra una perspectiva que concibe al sujeto de intervención como el "ser social", cuyo momento fundante es el trabajo a través de su función teleológica. La perspectiva que desarrolla la autora considera que el ser social en la sociedad capitalista está determinado por la contradicción capital-trabajo, y esta contradicción se refleja en las manifestaciones de la cuestión social y también por la división social y técnica del trabajo, por las relaciones de poder y por las correlaciones de fuerzas.

Según Mancinas (2014:398) para la perspectiva histórico-crítica, el sujeto de intervención es un ente histórico constituido como social a partir del trabajo, de su

capacidad para seguir sus fines. Este sujeto en las sociedades capitalistas, a partir de la contradicción capital-trabajo, se objetiva en las manifestaciones de la “cuestión social”: en la pobreza, en las dificultades del acceso a la salud, en los problemas de vivienda, en la violación a los derechos humanos, en la violencia. El sujeto para su estudio es histórico, multideterminado por cuestiones tanto estructurales como coyunturales (Mancinas, 2014:398)

Así pues, Mancinas a partir de Lamamoto (1992:190) ve al sujeto de intervención social envuelto en la conjugación de factores contradictorios como: las fuerzas dominantes de la sociedad, en los intereses de las clases subalternas y sus relaciones con el bloque del poder. Por lo cual sugiere que esta perspectiva interpela la noción del ser derivado de supuestos tomistas, la cual también cuestiona las definiciones de “intervención social” que consideran al sujeto como un individuo en desgracia, carente de educación, de valores, de habilidades sociales y emocionales. Así mismo sugiere que esta perspectiva pone en duda la moralización, la psicologización e individualización de los problemas sociales. Y coloca al ser social en el contexto del capitalismo como un ser no emancipado, cooptado por los intereses del bloque dominante. Subrayando que es éste el “sujeto de intervención” con el que trabajan los trabajadores sociales, de manera cotidiana (Mancinas, 2014:399).

Pero en esta definición del sujeto, desde una perspectiva histórico-crítica, no se resuelve por completo que los individuos, aunque inmersos en el contexto capitalista, tienen un margen para realizar sus propios actos y tomar decisiones, sigue viendo las intervenciones de manera vertical y asimétrica. Porque es verdad que las circunstancias no permiten la emancipación del individuo, pero esta perspectiva tampoco le permite explorar las opciones que tiene el individuo no emancipado, aunque éstas sean muy recortadas y no posea las condiciones, el individuo elige y actúa. Ya que el sujeto es aquel que sostiene una acción, una experiencia, un conocimiento y es distinto al objeto. El tener la idea de sujeto, afirma su capacidad de decidir e influir en el curso de los acontecimientos y su participación en lo que le concierne (De Robertis, 2003:68). Al denominar al sujeto

de intervención de alguna forma, la acción en el trabajo social se orienta tal como se le denomina (Zuñiga, 1996:21).

El usuario, el cliente y el ciudadano en el trabajo social

Navarro (2013) analiza diferentes definiciones encontradas en distintos diccionarios de trabajo social y realiza algunas consideraciones. Primero sugiere que la palabra “usuario” parece insuficiente para describir a la persona sujeto de la intervención profesional en un contexto del siglo XXI, mayormente si hablamos de democracia, pero contrario a esto es el más consensuado en el seno de los profesionales en ejercicio, por su asociación al sistema público de servicios sociales. Pero a pesar de lo extendido de su uso, se considera que es inadecuado el término, debido a que relega a la persona a una posición de mero receptor (sin el análisis e investigación) (Navarro 2013:46).

Al realizar el análisis del término “cliente”, dice que éste tiene bastante presencia en textos académicos, sin embargo, los profesionales lo rechazan por estar relacionado con la mercantilización del trabajo social y regularmente las personas que reciben los servicios de parte de los trabajadores sociales no pagan por ellos (Navarro, 2013:46).

Kisnerman (1998:104) afirma tener rechazo por la denominación de "cliente"¹⁹ debido a que implica una relación comercial, por lo que prefiere hablar de sujetos, actores sociales capaces de ser protagonistas en la modificación de las situaciones, en las relaciones que establecen, por lo cual cliente tampoco permite mirar a los sujetos como protagonistas (Kisnerman, 1998: 104). Sumado a esto la denominación cliente implica que las personas puedan solicitar servicios, contrario a lo que sucede en el trabajo social, cuyos clientes son personas que reciben los servicios bajo coacción, o sea de forma involuntaria (Navarro, 2013:46).

¹⁹ Navarro (2013:37) relata que en los inicios del trabajo social se imitaba el modelo médico, así las trabajadoras sociales se referían a las personas que atendían como “casos sociales”. Richmond fue quien introdujo el término cliente, para separar al individuo de su problemática. Por lo cual podría pensarse que Richmond comenzó con el término sin ninguna intención negativa, sino como dándole importancia a las personas que utilizaban los servicios sociales (Navarro 2013:37).

Además de que el trabajador social cree que la objetividad se encuentra en no tener simpatía alguna con el cliente, ni sentimiento que lo identifique con él, lo que convierte su relación asimétrica en dependencia unilateral, porque no hay reciprocidad entre el que recibe, ni el que da, entonces los clientes pobres son degradados a perceptores unilaterales, a quienes se les excluye por ser vistos como no posibilitados para dar, así lo describe Fernández (2000), basado en Coser (Fernández, 2000:28).

Navarro (2013:37) relata que, en los años 60 del siglo XX, autores del movimiento de reconceptualización se opusieron al término cliente por considerarlo inadecuado en el contexto de una sociedad opresora. Navarro señala que en su análisis encontró que coexisten los términos cliente y usuario en el ámbito de la profesión y cliente y ciudadano en el ámbito de la disciplina.

Zúñiga también sugiere (1996:21) que ese “otro” es difícil de nombrar: no es exactamente un paciente, un cliente, un usuario o un beneficiario. De la misma manera los verbos que ocupe el trabajador social en el espacio retórico para realizar una intervención son difíciles de relacionar a la acción concreta, y dice que más difícil aún es tener eficacia. Ayudar, facilitar, animar, catalizar, organizar, educar, concientizar, evaluar, sistematizar, son verbos que hablan de la intencionalidad que puede ser benéfica de parte de un actor, que en este caso es el trabajador social el cual no ha precisado lo que piensa hacer concretamente (Zúñiga, 1996:14).

Navarro (2013) al analizar el término ciudadanía sugiere que tiene declaración de intenciones relacionadas con los derechos, obligaciones, autonomía, participación, los sujetos como generadores de derechos subjetivos y de deberes de colectividad, además de situarlos como responsables y actores de su propio cambio. Sin embargo, esta denominación no encuentra respaldo ni académico ni profesional, por lo que concluye que no considera que vaya a consensuarse (Navarro, 2013:40). Aun así, aparece en los diccionarios y publicaciones recientes y se da una descripción del término, pero le parece paradójico el hecho de que el vocablo ciudadano a pesar de que parezca ser el más adecuado de las diferentes

definiciones encontradas en los diccionarios, apenas se le nombra en publicaciones de índole profesional, y no es utilizado por los trabajadores sociales del ejercicio profesional (Navarro, 2013:47).

Navarro concluye señalando que la diversidad de términos para explicar la problemática social, dificultan la comprensión de fenómenos diversos, por lo que su estudio y diferenciación constituiría una herramienta muy útil de cara a la intervención social. Por lo tanto, ella sugiere realizar la investigación a partir de clasificar como clientes a los sujetos atendidos desde el trabajo social, debido a que considera que este término ofrece la posibilidad de establecer instrumentos y escalas para su identificación y comprensión (Navarro, 2013:51). Sin embargo, aunque da una definición de cliente a partir de la participación del sujeto y el modelo sistémico, se considera que para este trabajo el vocablo cliente no cumple con lo necesario para hablar de sujetos de intervención social que no solo reciben, sino también interactúan.

El término ciudadanía en trabajo social

Desde el trabajo social, De Robertis (2003) resalta el uso del término “ciudadanía”, debido a que considera que es más adecuado en un contexto democrático, garantizado por la existencia de derechos subjetivos (Navarro, 2013:36). Las personas son tratadas como objetos, si sólo se les ve como números o problemas, sin embargo, tienen sus propios conocimientos, sus experiencias y son sujetos de derechos y obligaciones, ya que viven en sociedad. De esta manera, el trabajador social busca el acceso a los derechos de los sujetos tales como: derecho a la salud, al alojamiento, a la educación y muchos más (De Robertis, 2003:68). Por ejemplo, la supervivencia material es un derecho de la ciudadana o el ciudadano al que la sociedad democrática debe responder (Fernández, 2000:31).

Entonces De Robertis (2003) señala que el concepto de ciudadanía va más allá del derecho constitucional, debido a que la ciudadana o el ciudadano son aquellos que participan activamente en la vida de la ciudad y no solo forma parte de una

nación, ya que modelan, modifican, crean, dinamizan la vida social, exponen y transmiten sus ideas, se organizan con otros para darlas a conocer, lleva adelante proyectos para sí, para otros, con otros. Así la autora resalta que dinámica ciudadana no es únicamente afirmación de derechos y obligaciones escritos, es también la organización cotidiana de la vida democrática, la actuación en la vida cívica y la creación permanente de nuevas posibilidades (De Robertis, 2003:69).

El Trabajo Social durante la reconceptualización²⁰ reconoció que las personas necesitadas de su mediación deben ser consideradas como ciudadanas o ciudadanos, las cuales son sujetos actores que se determinan, están informadas, opinan, actúan, se capacitan, se organizan para afrontar su autopromoción, la de los demás, y exigen el cumplimiento de los compromisos. Entonces desde esa visión él o la trabajadora social tiene una perspectiva comunitaria, global y, básicamente, es un movilizador de relaciones humanas para que los actores se organicen y logran sus objetivos (Kisnerman, 1998:57).

Kisnerman (1998: 57) dice que esta visión de la ciudadanía desde la reconceptualización no niega la necesidad de atender las urgencias de la pobreza, sino también entiende que debe ser realizada como una acción de apoyo, de refuerzo, de prevención en un proyecto más integral. Por lo cual se podría decir que la ciudadana es concepto que lleva tiempo en la discusión del trabajo social.

Una reflexión breve acerca de sujeto

Se puede hablar de los sujetos desde distintas perspectivas como la histórica crítica que también estuvo presente durante la reconceptualización y aun continua en el discurso trabajo social (Mancinas, 2014). Si se mira desde esta perspectiva a las mujeres indígenas trabajadoras del hogar (quienes también continúan envueltas en relaciones del capital y sus circunstancias son producto de las relaciones de poder en las que están inmersas) se puede desarrollar un trabajo

²⁰ La reconceptualización es una de las etapas del trabajo social, en la cual se buscaba un rumbo esta disciplina que abandonara el asistencialismo o una visión aséptica. Se buscó incorporar teorías como el marxismo para comenzar a acuñar conceptos que permitían construir un trabajo social con una perspectiva teórica revolucionaria que emergió en el sur de América Latina (Kisnerman, 1998).

acerca del sujeto de intervención y la subordinación social en la que se encuentra, sin embargo se olvidaría que éstas también actúan y son capaces tomar decisiones, por lo cual se continúa con una visión asimétrica de la intervención social.

También si miramos a estas mujeres como clientes, tal y como lo sugiere Navarro (2013) desde un modelo sistémico, sigue ignorándose la posibilidad de hablar de los sujetos como productores de su propia acción, aunque la autora nos otorga una definición de cliente más noble, que contempla al cliente en necesidad y capaz de interaccionar.

Debido a lo anterior, en el siguiente apartado se sigue hablando de ciudadanía, pero desde el término sociológico y enfocado a la ciudadanía sexual y su subjetivación de derechos. Así al ver a las mujeres indígenas migrantes como ciudadanas, se pueden sugerir intervenciones que contemplen sus decisiones y se encuentren enmarcadas dentro de los derechos y las obligaciones.

Ciudadanía y derechos

Desde la sociología política la ciudadanía es la condición que proscribiera ciertos derechos políticos, de seguridad, militares, económicos y en consecuencia sirve para disfrutar de otros derechos, derivados de ésta, a personas que han nacido en un país determinado o que alguno de los progenitores nació en ese país. Ésta se distingue entre personas que obtiene la nacionalidad a través del nacimiento (*jus soli*) o a través de la nacionalidad de un padre (*jus sanguinis*) (Weissbrodt y Divine, 2015:871).

Entonces se puede ver la ciudadanía, tal como se entendió en páginas superiores con el término ciudadana/o en el trabajo social, con autores como Kisnerman (1998), que lo sugiere como término adoptado en la reconceptualización y De Robertis (2003) quien lo desarrolla a partir del sujeto para destacar al ciudadano/a no solo como un término respaldado por la constitución, sino como una manera de enmarcar a éste como participante activo.

De esta manera el concepto de ciudadanía del cual se desprende la denominación de ciudadano y ciudadana contempla derechos de personas que pertenecen a un país determinado. Sin embargo, De Robertis (2003) lo señala como una condición más allá de la pertenencia a un grupo social y la importancia del reconocimiento de los derechos que es lo que debe defender el trabajador de lo social.

Aun así, aunque la ciudadanía contemple los derechos, Weissbrodt y Divine (2015) señalan la fricción inherente entre leyes de derechos humanos y ciudadanía. Por ejemplo, a primera vista los derechos humanos son inclusivos y tienen por objeto conferir derechos a cada individuo independientemente de su lugar de nacimiento, su conexión con un determinado Estado, su religión o su grupo étnico. Por otro lado, la ciudadanía es exclusiva, solo se le otorga a los que pertenecen a ella y tiene proscripción de ciertos derechos. Esta fricción que mediante un grado de diplomacia es disfrazada y tratada por la ley, se intensifica por consideraciones sociopolíticas de carácter global y local (Weissbrodt y Divine, 2015:870).

Reflexionando en lo anterior los derechos humanos incluyen a todos los individuos, y los derechos reproductivos son derechos humanos, que tuvieron su aparición oficial en Ámsterdam en el año 1984, en la conferencia organizada por mujeres de países en desarrollo, en donde se estableció el primer consejo global de derechos reproductivos (Petchesky, citado en Amuchástegui y Rivas, 2004:547). Éstos fueron adoptados para abarcar exigencias como: salud integral de la mujer, derecho al aborto, derecho a la anticoncepción, (Correa, 2003:16). Otro foro desde el que tuvieron mayor impulso y reconocimiento fue la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del El Cairo en 1994. También en la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing de 1995 se construyó una definición de derechos sexuales para legitimar “la sexualidad” como campo de expresión humana (Petchesky citado en Amuchástegui y Rivas, 2004:547).

Entonces se podría pensar que los derechos reproductivos, por ser derechos humanos se quedan fuera de la ciudadanía que es exclusiva en un país. Contrario

a eso Yuval Davis (citado en Brown, 2008:292) señalaba que la conquista de la salud reproductiva se relaciona con la posibilidad adquirir la ciudadanía y de esta forma se incluye la posibilidad de gozar de estos derechos. Así mismo, al hablar de derechos sexuales y derechos reproductivos, es importante resaltar el concepto de “ciudadanía” debido a que contiene derechos que son considerados como derechos humanos²¹ (Weissbrodt y Divine, 2015:870), como son los derechos sexuales y reproductivos (Richardson y Turner, 2001:330).

Amuchástegui sugiere que si la ciudadanía es definida como: “la *relación* entre las prácticas sociales, culturales y económicas de los sujetos para ejercer o crear nuevos derechos, *con* el conjunto de derechos formales y deberes civiles, políticos y sociales” (Isin y Wood, 1999 citados en Amuchástegui, 2018), la ciudadanía sexual tiene su importancia por su aspecto sociológico, que rebasa el status legal de los sujetos²² (Amuchástegui, 2018:7).

El concepto de ciudadanía reproductiva reconoce la capacidad de las mujeres de apropiarse y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva para poder ejercerlos (Castro y Erviti, 2009:5), como el derecho a la anticoncepción libre e informada.

Esto es importante en México, donde hasta la propia constitución del país contempla de alguna manera los derechos reproductivos en su artículo cuarto cuando menciona “El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia”; y “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.

²¹ Weissbrodt y Divine (2015) señalan que hay una fricción inherente entre leyes de derechos humanos y la ciudadanía. A primera vista los derechos humanos son inclusivos y tienen por objeto conferir derechos a cada individuo independientemente de su lugar de nacimiento, su conexión con un determinado Estado, su religión o su grupo étnico. Por otro lado, la ciudadanía es exclusiva y tiene proscripción de ciertos derechos. Esta fricción que mediante un grado de diplomacia es disfrazada y tratada por la ley, se intensifica por consideraciones sociopolíticas de carácter global y local (Weissbrodt y Divine, 2015: 870).

²² Sin embargo la formulación del término ciudadanía sexual corre el riesgo de hablar de la reglamentación de los deseos y placeres por parte del Estado (Amuchástegui, 2018: 7).

Por lo tanto, es importante seguir la discusión dentro de la ciudadanía para construir al sujeto de intervención de esta investigación y sumando una perspectiva de género. Lo anterior debido que al aproximar la discusión al termino ciudadanía en el trabajo social desde la óptica de todos los actores y sobre todo al hablar de mujeres, presupone adoptar una perspectiva de género, porque también reclama el derecho desde la propuesta de la ciudadanía. Porque dentro de la ciudadanía se encuentra la igualdad de oportunidades del conjunto de la sociedad (Kisnerman 1998:134). Kisnerman (1998:134) dice que esto va más allá de una pretendida igualdad con el varón, es sobre todo la equidad en el acceso a todas las categorías ocupacionales y a un determinado nivel de ingresos, a las prestaciones sociales, a la participación social, política, sindical, a la protección jurídica y sumemos también los derechos sexuales y reproductivos.

De esta forma hablando de ciudadanía desde la perspectiva de género, Richardson y Turner (2001) señalan que hay teorías generales de la ciudadanía que tratan sobre la ciudadanía reproductiva y la ciudadanía sexual. La ciudadanía reproductiva plantea la pregunta ¿con quién se puede reproducir y en qué condiciones sociales y legales? Y la ciudadanía sexual concierne los derechos de consumo sexual: ¿Con quién se disfruta la intimidad y en qué condiciones? De esta manera se habla de intimidad sexual como un derecho y se deja a un lado la reproducción, así, se promueve la idea de libertad de expresión y asociación sexual (Richardson y Turner; 2001:330). Sin embargo, para ejercer la ciudadanía sexual y reproductiva es importante hablar de las capacidades.

Para proponer el término ciudadanía dentro del trabajo social, es importante incluir el enfoque de capacidades de Nussbaum (2012). Este enfoque es definido como una aproximación particular a la evaluación de la calidad de vida y la teorización de la justicia social básica. También se centra en las oportunidades disponibles para cada persona, la elección y la libertad, debido a que la pregunta principal para comparar sociedades es ¿Qué es capaz de hacer y de ser cada persona? Además de sostener que las sociedades deben ofrecer a las personas un conjunto de oportunidades o libertades sustanciales y plurales en cuanto a

valores, que las personas puedan elegir llevar, sí o no, a la práctica (Nussbaum, 2012:37,38).

Este enfoque se compromete con la facultad de autodefinición de cada persona. Además de sostener que las capacidades de las personas se diferencian de manera cualitativa. Así mismo este enfoque también se ocupa de la injusticia, la desigualdad social y la omisión de capacidades provocadas por la marginación y la discriminación (Nussbaum, 2012:37,38)

Las capacidades²³ son un conjunto de oportunidades²⁴ para elegir y actuar, interrelacionadas y creadas por la combinación entre facultades personales, entornos políticos, sociales y económicos, por lo tanto, no son simples habilidades residentes en las personas (Nussbaum, 2012:40).

Esta autora divide las capacidades en combinadas e internas. Las capacidades combinadas son la totalidad de oportunidades que disponen las personas para actuar y elegir en una situación o circunstancia política, social y económica concreta (Nussbaum, 2012:40).

Las capacidades internas son las aptitudes, confianza en sí misma/o, la liberación de temores y la habilidad política aprendida. Por lo tanto, para promover las capacidades humanas es importante apoyar el desarrollo de capacidades internas a través de los recursos destinados a la educación, la salud física y emocional, promover el apoyo a la atención y el cariño entre personas o de otras medidas, para así poder llegar a la libertad de elección. Destaca entonces que lo

²³ Las diez capacidades centrales para Nussbaum (2012) son: vida, salud física, integralidad física, sentidos imaginación y pensamiento, emociones, razón práctica, afiliación, otras especies y control sobre su propio entorno en lo político y lo material. Para este trabajo es importante resaltar la capacidad de la integralidad física, debido a que Nussbaum la define como el poder de desplazarse libremente sin recibir agresiones, estas incluyen las agresiones sexuales o la violencia doméstica, pero lo que se retoma sobre todo para esta investigación es que tal capacidad resalta la importancia de las oportunidades de disponer de opciones de satisfacción sexual y para la elección de cuestiones reproductivas. En cuanto a la capacidad de salud dice que este estado de bienestar físico debe incluir la salud reproductiva (Nussbaum, 2012: 53).

²⁴La autora retoma a Sen, para hablar de capacidades, las cuales denomina “libertades sustanciales”, también retoma a Vasanti para dividir las capacidades en combinadas e internas (Nussbaum, 2012:40)

importante para este enfoque es promover el desarrollo de la capacidad de decidir y no los funcionamientos de las personas (Nussbaum, 2012:40,45).

Por todo lo anterior, es necesario resaltar que la ciudadanía únicamente plasmada en la ley, no garantiza el ejercicio libre de derechos y obligaciones de las ciudadanas porque pese a que una persona posea la ciudadanía, tal como las indígenas en México, las libertades o las elecciones, carecen de significado para las personas con desventajas económicas y de poder, sobre todo si no se cuenta con un conjunto de condiciones mínimas que posibiliten la práctica (Correa y Petchesky, 2001; Brown, 2008:292) como el desarrollo de capacidades internas. Debido a eso se incluye en esta propuesta el enfoque de capacidades (Nussbaum, 2012).

La sexualidad está marcada por las relaciones de poder (Amuchástegui y Rivas, 2004: 546). Por lo tanto, no basta que los derechos reproductivos estén legislados, son necesarias políticas públicas que los garanticen. Aunque anteriormente los movimientos de mujeres trabajaron para recuperar la decisión sobre el cuerpo y la reproducción y buscaron modificar las políticas públicas (Brown, 2008:292).

En la medida en que la reproducción, la anticoncepción, el aborto y las sexualidades fueron demandas, se incorporaron en términos legales, de esta forma tienen una serie de implicaciones que trascienden lo legal. Es posible que estos temas estén influyendo en lo subjetivo y en lo político, lo cual significa que han podido ingresar en el debate público e institucional, entonces la discusión pública se debe por que han cobrado relevancia y sobrepasan lo particular, íntimo y privado, además de que supone reconocimiento y adquiere eficacia simbólica (Brown, 2008:291,292).

Es importante para el trabajo social contemplar que las condiciones para ejercer los derechos sexuales y reproductivos están constituidas por los derechos sociales, que garantizan el bienestar social, la seguridad personal y la libertad política. Cumpliendo con estas condiciones, la puesta en práctica es elemento esencial para la transformación democrática de las sociedades, por lo que es

posible eliminar las injusticias de género, de clase, de raza y de etnia (Correa y Petchesky 2001:99)

También de manera circular en la medida que los derechos sexuales y reproductivos se inscriben en demandas en el marco de la ley, adquieren visibilidad y reconocimiento como asuntos de orden público y se convierten en demandas exigibles al Estado. Además, la ciudadanía supone que se hagan posible el ejercicio de los derechos y no solo tenerlos, ya que, en el ejercicio de la justicia, los ciudadanos perciben si sus derechos son respetados. Aunque la justicia no esté libre de coerción y no es neutral en términos de género, clase y raza (Brown, 2008:292). Por lo tanto, el utilizar el término ciudadanía dentro del trabajo social contempla todo lo anteriormente descrito.

Los debates sobre los significados de derechos, reproductivos y sexuales, son necesarios para transformar la situación de las mujeres como ciudadanas, debido a que los cambios en la retórica de los instrumentos legales o de políticas oficiales, son avances en la estrategia para la transformación de las condiciones de vida de las personas (Correa y Petchesky, 2001:107). Por lo tanto, para el éxito en la defensa de los derechos sexuales, es necesario ampliar y fortalecer ciertas prácticas, relaciones e instituciones, reconocidas y respetadas por el gobierno y las personas, mediante la apropiación del cuerpo y de la vida erótica. La noción de apropiación es un proceso subjetivo que encarna aspiraciones, deseos y expectativas e interviene en la manera en que cada individuo se hace cargo de su sexualidad y su cuerpo. Lo anterior está ligado a las condiciones de producción y sujeción sociales que incluyen el ordenamiento de género (Amuchástegui y Rivas, 2004:556).

Lerner y Szasz (2008) sugieren que en los programas para mujeres indígenas (derivados de políticas públicas) es urgente apoyar la construcción de su autonomía y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. También consideran importante entender que no sólo existen los obstáculos que imponen los usos y costumbres de las comunidades indígenas, sino las barreras de la

cultura institucional del sector salud y educativo para la subjetivación femenina de sus derechos (Lerner y Szasz, 2008:58,63).

Si retomamos todo lo anterior para contemplar a las ciudadanas dentro de la investigación de las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar en la Ciudad de México, se puede hablar más allá de sujetos de intervención. Además, el propio termino se utiliza en femenino con mucha facilidad, por lo cual las mujeres son construidas como personas que toman sus propias decisiones, sin olvidar que son necesarias las condiciones adecuadas para que estas decisiones sean un abanico de opciones y no una disyuntiva, sobre todo si hablamos de decisiones reproductivas.

Capítulo 2. ANTECEDENTES

Los derechos y las decisiones reproductivas

A finales del siglo XIX y principios del veinte los movimientos feministas exigían el derecho al voto, el derecho a la educación y el poder iniciar y permanecer en la vida pública, debido a que hasta ese momento lo público era exclusivo del género masculino y lo privado se le asignaba al género femenino (Pateman; 1995:16, 23, 171; Brown, 2008:273). A pesar de que las elecciones reproductivas no eran las primeras exigencias feministas, en Europa el descenso de la fecundidad comenzó con el cambio de valores familiares a valores individuales debido a la educación masiva, lo que redujo las grandes familias y dio paso a las familias neolocales, haciendo a un lado las patri o matrilocales, restando el valor económico que representa una familia numerosa, debido al cambio en el flujo intergeneracional de la riqueza²⁵ (Cadwell, 1980:338; Kirk, 1996; Van de Kaa, 1996:27).

Los orígenes de la autonomía reproductiva se encuentran en Inglaterra y Estados Unidos en el siglo XIX y subyacía en las ideas de derecho a la integridad personal y autodeterminación sexual (Casas, 2004:7). Sin embargo, el derecho de las mujeres a elegir libremente cuántos hijos tener y el poder tomar decisiones sobre su sexualidad, comenzó a cuestionarse a partir de la segunda ola feminista (Brown, 2008:273).

La segunda ola emergió en los años 60 del siglo XX, sus características eran las nuevas reivindicaciones que cuestionaban la base de los criterios de distinción que se posaban (en la actualidad aún se mantienen) en el cuerpo y la sexualidad. Además, se resaltaba la diferencia sexual y el dominio patriarcal sobre el género femenino, para encasillarla como: mujer, esposa y madre. El cuerpo femenino es más social que el masculino debido a que se expropia por el esposo, la religión y

²⁵ Cadwell (1980:338), menciona que las familias numerosas en los países menos desarrollados se debían a estrategias económicas y no a elecciones irracionales, ya que con el tiempo los hijos aportarían el gasto económico el cual sería administrado por los padres más ancianos, a esta administración de los bienes materiales y capital le denomina flujo intergeneracional de la riqueza, el cual cambio de padres a hijos cuando se transformó la valoración de la familia al resaltar las decisiones individuales, los hijos dejaron de ser una inversión y se tornaron un costo gracias a la masificación de la educación, uno de los motivos para la reducción de la familia.

el Estado en función de su capacidad reproductiva²⁶. (Pateman, 1995:40;Brown, 2008:274).

Retomando los antecedentes históricos de las exigencias en el control de la fecundidad, el que las mujeres tuvieran que ingresar al campo del trabajo remunerado en las grandes fábricas, debido a las grandes guerras, las llevó, no solo a exigir su permanencia en el mercado laboral sino a controlar sus embarazos (Kirk,1996). Las tecnologías médicas lograron la síntesis de la noretisterona (o noretindrona) para su utilización como anticonceptivo oral en 1960 (Zarate *et al.*, 2015:42,43). Sin embargo, no fueron reconocidas las elecciones femeninas en torno a su reproducción. Como ejemplo se tiene las esterilizaciones masivas y forzadas a sectores pobres en el Hospital del condado de los Ángeles, que comenzaron a principio de siglo XX en 1909 y continuaron hasta 1980 en Estados Unidos (Stern, 2006).

En la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán en 1968 se llegó al acuerdo de que la planificación familiar era un derecho de las parejas y de las familias y varios años más adelante en la Conferencia Internacional de Población llevada a cabo en Bucarest en 1974, volvió a resaltarse como propio de las parejas y los individuos el decidir cuántos y el momento para tener o no hijos(as), reconociéndose como derecho. En 1979, en la Convención sobre Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Mujeres, se incorporó como un derecho básico propio de las mujeres. El documento emitido reconoce los derechos reproductivos de las mujeres en varios artículos, subrayando asimismo el derecho a tener acceso a información, educación y los medios que permitan el ejercicio efectivo de los mismos (Lassonde, 1997:40; Brown, 2008:280).

²⁶Brown (2008:275) señala que el cuerpo femenino está sujeto a mecanismos de prohibición y permisión de parte del dominio patriarcal bajo el mandato de la maternidad obligatoria, lo cual se traduce en un cuerpo para otros. Con respecto a la reproducción, Earle y Letherby (2003:2) sugieren que las problemáticas de salud reproductiva son asumidas como asuntos de mujeres y que tal suposición ha sido instrumental en su control sobre la reproducción. Lo que podría considerarse como contradicción, un cuerpo para otros con obligaciones propias de las mujeres debido a la maternidad y la reproducción.

A pesar de los acuerdos internacionales, el aborto era la demanda de las feministas de los países del norte, a diferencia de los países del sur que tuvieron revoluciones sociales que culminaron en dictaduras, por lo que apenas y podían exigir el derecho a controlar su fecundidad (Brown, 2008:271). Pero a mediados de los ochenta el foco se posó, sobre las mujeres de los países periféricos²⁷, vistas como las culpables de los problemas del mundo, que ya en los sesenta habían sido la población objetivo de los programas de planificación familiar, por considerar que su fecundidad era muy alta y que ésta debía ser controlada (Lassonde, 1997:41, 43; Brown, 2008:282).

A las mujeres se les indicaban métodos sin información adecuada y suficiente, o directamente se practicaban esterilizaciones forzadas sin tener en cuenta el estado general de salud ni considerar factores de riesgo como la hipertensión arterial (a pesar de los acuerdos internacionales), debido a que el sistema reproductor femenino de las mujeres de los países menos desarrollados o poco industrializados era un sinónimo de peligro (Strobl, 1994:28, 31).

Por tales motivos, comenzó a gestarse en estos países un movimiento por los derechos y la salud reproductiva de las mujeres. Como consecuencia a principios de los ochenta se incorporaría el término derechos reproductivos, a raíz de una reunión internacional de mujeres realizada en Amsterdam y la creación de la Red Mundial por los Derechos Reproductivos en 1983. Este término fue objeto de críticas que se centraban en dos ejes: uno era el de la cuestión de la sexualidad y las personas definidas como no heterosexuales, el otro era la expresa referencia a la reproducción y la ausencia de la no reproducción. Un año después se funda en Colombia La Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe con el interés por la salud reproductiva de las mujeres (Brown, 2008:280, 281).

²⁷ El demógrafo Thompson muchas décadas antes aseguró que para mantener la paz entre Oriente y Occidente era necesario que el control natal fuera una regla mundial (lo que significaba buscar la reducción de la fecundidad de los países menos desarrollados), porque la presión de la población en áreas pobladas densamente y no industrializadas podía generar conflictos regionales o mundiales (Thomson, 1948 citado en López, 1973:89).

Las feministas veían con suspicacia el supuesto ejercicio de derechos femeninos, puesto que en los discursos políticos se podrían enmascarar políticas maltusianas en lugar de consolidar los derechos de la mujer en la reproducción. Otras percibieron que solo enfatizaba el rol reproductivo de la mujer, lo cual reforzaba estereotipos, desconociendo otras esferas de la vida femenina. Otro grupo de feministas consideraban más importante reconstruir derechos más allá de meras libertades, derechos que encarnaran obligaciones políticas de los Estados para incorporar género, clase y etnia entre otros. (Casas, 2004:7).

En este contexto se conformaron las redes con fuerza y presionaron ante la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales a favor de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. La denominación “Planificación Familiar” dio paso a la “Salud Reproductiva” en los organismos internacionales, después de que este concepto fuera introducido en las Redes de Salud de las mujeres y por los Derechos Reproductivos (Brown, 2008:271,282).

América Latina antes de la “Salud Reproductiva”

Durante los años cincuenta y sesenta del siglo XX la atención se centraba en el crecimiento poblacional registrado en los países asiáticos y posteriormente en los latinoamericanos, además de ser los primeros años en que se documentaba demográficamente a estos países en revistas especializadas (Van de Kaa, 1996:24). El crecimiento de población obedeció a dos órdenes de factores: el primero era el mantenimiento de la tasa de natalidad en niveles estables y el segundo se debía al aumento de la esperanza de vida por un relativo aumento de la calidad de vida de la población (Brown, 2008:278).

En el mundo, las naciones desarrolladas preocupadas por lo que denominaban “crecimiento sin control” planteaban la importancia de la planificación familiar. Los movimientos feministas de estas naciones resaltaban que lo principal era la autonomía de las mujeres para regular su fecundidad y la libertad de decidir en torno al aborto, sumándose también los profesionales de la salud preocupados por las elevadas tasas de mortalidad materna (Casas, 2004:6).

Los países de América del Sur al igual que México se vieron sometidos a una serie de presiones para bajar la tasa de natalidad por parte de los organismos internacionales y de los gobiernos de los países centrales. Las presiones internacionales dieron lugar a la imposición de procesos coercitivos de control de la natalidad, y en varios países se practicaron esterilizaciones forzadas, imposición de métodos anticonceptivos de larga duración sin información adecuada, ni el consentimiento de las mujeres. Si existía un documento firmado, éste era obtenido de manera condicional. Se condicionaba a las mujeres para acceder a otro tipo de beneficios sociales o incentivadas mediante premios o recompensas (Brown, 2008:278, 279).

Como ejemplo de las diferentes condiciones de los países latinoamericanos veamos Chile y Argentina. Los cuales se encontraban en discusiones políticas entre grupos de extrema derecha, mujeres por el derecho a decidir sobre su reproducción y dictaduras militares (Casas, 2004; Brown, 2008).

Mientras en el México de los 60 existía un surtido de anticonceptivos en las clínicas del país (Vázquez, 2010:182), Argentina se encontraba bajo una dictadura, por lo que discutir sobre los derechos reproductivos y aborto también era una disputa entre grupos que defendían los derechos de las mujeres y los grupos que defendían los derechos fetales (Brown, 2008:276).

Caso similar en Chile en los 60 que se encontraba en medio de las discusiones de políticas de planificación familiar que comenzaron con posturas polarizadas entre los provida (que decían respetar la vida del próximo a ser concebido y al no nacido) y los que abogaban por el respeto a las decisiones reproductivas y el acceso a los anticonceptivos. En ese país el "Opus Dei" y los "Legionarios de Cristo" buscaron detener políticas públicas, impidiendo el debate político, relegando la importancia de la autonomía, al tema de cuestiones técnicas (Casas, 2004:4).

Posteriormente movimientos feministas chilenos después de la dictadura solo planteaban el restablecimiento de la democracia e incidieron en equipos políticos y

técnicos, en partidos de centro o izquierda, aunque esto significaba el seguir manteniendo el papel de las mujeres como subordinadas (Casas, 2004:4,5).

Los derechos reproductivos en Chile no estuvieron presentes en el eje del debate de la discusión sobre anticonceptivos del país, lo que si se presentaba en las mesas de discusión era la autonomía de la mujer para determinar su capacidad reproductiva ¿Debía o no tenerla? ¿Era suya o no la decisión? o ¿Se encontraba al interior de la pareja el decidir el número de hijos deseados? (Casas, 2004:6).

Programas y leyes en cada uno de los diferentes países de América Latina abordaban la Planificación Familiar, los cuales se daban según los cambios en el poder. En 1964, en Chile, se dio luz verde a un programa inicial de planificación familiar llamado Salud Familiar y Regulación de los Nacimientos, luego Paternidad Responsable, ambas resaltaban el derecho de las parejas de cuantos hijos tener. Estos programas eran promovidos por la Asociación Chilena de Protección de la Familia, un conjunto de médicos preocupados porque el aborto inducido se volvió un problema de salud pública en calidad de epidemia y la mitad de la sangre disponible en los hospitales se utilizaba en atender abortos, hubo quienes encontraron en esas situaciones, argumentos sólidos para la introducción de métodos que regularan la fecundidad y gracias a ello se disminuyera la mortalidad materna (Casas, 2004:8).

El programa de planificación familiar en Chile fue difundido a nivel nacional, entregaba anticonceptivos y se crearon complementos educativos a la población beneficiaria del Sistema Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados. Se introdujo el Dispositivo Intrauterino (DIU), aunque muchos sectores de la población se oponían a su uso debido a que lo consideraban abortivo, por lo que se comenzó el debate de la importancia de impedir los microabortivos, o descartar que realmente este método tuviera esa función, aunque muchos aseguraban que esa era la verdad (Casas, 2004:8).

Las leyes fueron parte de las demandas de las mujeres en los países sudamericanos, además de buscar la participación política y el poder visibilizar los derechos reproductivos. Más adelante el papel de las activistas políticas fue la defensa en contra de la no imposición de la anticoncepción. Por ejemplo, en Brasil, a principio de la década de 1970, comenzaron a formarse grupos de autoconciencia para abrir las investigaciones sobre las mujeres, llevar los problemas de género a los medios masivos y de esa manera en 1972 se realizó el Primer Congreso Nacional de Mujeres (Barroso y Correa, 1991:75). También en México desde principios de los setentas los movimientos de mujeres exigían la libre elección de la maternidad, pero no era una opción política para la mayoría de las mujeres mexicanas (Lamas, 2001:178)

En Chile, después del golpe de estado (1973) el gobierno dictador chileno tenía una política de supuesta tolerancia y en el cual se permitía la esterilización voluntaria, pero bajo ciertos criterios en los cuales el médico era quien realmente decidía si practicaba una intervención quirúrgica que diera fin a la reproducción de una mujer, además de que los requisitos ser mayor de 32 años, cuatro hijos como mínimo y una afección que la hiciera candidata a este tipo de procedimiento. Los médicos que intentaron practicarla fueron amenazados y era en la práctica privada donde se podía acceder a la regulación de la fecundidad debido a que quedaba bajo el secreto de confidencialidad médico-paciente (Casas, 2004:11).

En Brasil de 1975 a 1982 las mujeres comenzaron a tener mayor participación en las actividades sociales, también en las actividades políticas promovidas por iglesias progresistas. Los partidos políticos realizaban acciones hacia las mujeres y el movimiento feminista tenía estrategias para visibilizar los problemas de género, entonces se reflexionó y se discutió el papel de la mujer. Además, surgieron ramas femeninas en los partidos políticos (Barroso y Correa, 1991:75, 76).

En contraste, en Chile sucedió algo distinto, el gobierno militar en el año 1979 dio un giro que culminó en una política pronatalista fundada en la doctrina de seguridad nacional, se señalaba que debía evitarse el uso abusivo de métodos

anticonceptivos, por lo que se mantendría una infraestructura de información (oportuna, completa y selectiva en términos de lo que se denominaba “madurez de receptividad”) y accesibilidad controlada, supuestamente querían evitar que la población sufriera de imposición de anticonceptivos, pero también querían escoger a quien otorgárselos, violando también el derecho a libre decisión. Los médicos católicos aseguraban que la introducción de métodos anticonceptivos destruía a la familia o era una forma de penetración del mundo comunista, por lo que la anticoncepción era inmoral y microabortiva (Casas, 2004:10).

En el Brasil de los ochenta se crearon consejos Estatales de la Mujer en São Paulo y Minas Gerais, a lo que se debe agregar que muchas mujeres quedaron electas en puestos políticos. Los médicos, demógrafos y algunas feministas se reunieron en una Comisión Parlamentaria sobre Crecimiento Poblacional y entre 1982 y 1983 se creó el Programa de Salud de la Mujer (PAISM por sus siglas en portugués) que dirigía al sistema público de salud hacia las actividades de planificación familiar. Sin embargo, los derechos reproductivos fueron definidos con referencia al Estado (Barroso y Correa, 1991:76).

En nuestro país a mediados de los ochentas la posición del gobierno norteamericano, junto con el Vaticano amenazaban los avances en la política reproductiva mexicana, debido a que la "política americana de México" de Reagan recortaba los recursos del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP).

En Brasil en 1985 se inauguró el Consejo Nacional sobre Derechos de la Mujer (CNDM), pero sin iniciativas de mujeres legisladoras ya que éstas fueron bloqueadas por los grupos conservadores. A principios de 1988 se planteó la legalización del aborto surgido de una campaña del CNDM de derechos de la salud y derechos reproductivos, pero en agosto por presiones políticas se llevó a una renuncia colectiva de tal iniciativa. Y aunque el PAISM (Programa de Asistencia Integral de Salud para la Mujer) era discutido por la Comisión Nacional de Derechos Reproductivos, se suspendió la investigación del Norplant (Barroso y Correa, 1991:76, 77, 78).

Así mismo, también se dieron los debates en la Argentina, donde la introducción del término derechos reproductivos al interior del movimiento de mujeres y las feministas, tiene que ver con dos factores, asociados a su vez al resurgimiento de la cuestión ciudadana y al paradigma de los derechos humanos y como respuesta al mandato de Menen (Rosenberg citada en Brown, 2008:285).

En la década de 1990 en Chile el feminismo llevó de manera constante la discusión del tema del aborto. Con una fuerte autolimitación de los actores, operó en todos los niveles: políticos, sociales e incluso académicos y el presidente Lagos fue el ejecutivo más abierto a hablar de autonomía y la libre conciencia, pero se retractó, por la presión de la oposición pronatalista (Casas, 2004:5).

A pesar de las movilizaciones feministas y las discusiones políticas en los congresos latinoamericanos, las represiones se dirigían en contra de los derechos y la ciudadanía. Posturas como las del gobierno chileno por evitar el conflicto en el ámbito de la sexualidad y reproducción, obstaculizó el sentar las bases del reconocimiento de las personas a determinar sus planes de vida y libertad como la de autodeterminación, vida privada y el derecho de autonomía femenina y se sumó el hecho de que no se consolidaba la noción de ejercicios de derechos ciudadanos en el ámbito de la sexualidad y reproducción, por lo que terminaban siendo vinculadas en el debate hacia la salud y no a los derechos (Casas, 2004:28).

En Brasil, se llegó al punto en el que la investigación sobre la efectividad de anticonceptivos era una situación incómoda para los servidores de salud del Estado, ya que las investigaciones solo buscaban la efectividad, sin contemplar que el abandono de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres era debido a efectos secundarios o ineffectividad de los mismos. El caso Norplant fue el más sonado, porque existía la posibilidad de que las mujeres temieran su extracción por intervención quirúrgica o por imposiciones de los médicos. En 1988 después de una lucha parlamentaria entre los grupos legislativos de profesionales médicos y feministas se establecieron las normas técnicas para la investigación básica en el campo de la salud, donde se incluyeron los aspectos éticos y la

necesidad del consentimiento informado, además de que el comité de ética durante las investigaciones estaría conformado por hombres y mujeres (Barroso y Correa, 1991:96,100).

Mientras el mandato de Menen en Argentina, produjo que varias personas quedaran fuera de los servicios básicos e indispensables (Salud, educación, empleo, garantías previsionales, vivienda y alimentación). Aumentaron las desigualdades sociales y el proceso de desciudadanización y el reclamo por los derechos no reproductivos era el reconocimiento y distribución como derechos ciudadanos (Brown, 2008:285).

En Argentina en el año 2002 se promulgó la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en torno a la salud reproductiva deriva del consenso en las Naciones Unidas en la transformación de las demandas de los derechos sexuales y reproductivos, cuya idea contrastaba con la que tenían el grupo feminista y el movimiento de mujeres con respecto a estos derechos y excluía el debate del aborto y las sexualidades no heteronormativas (Brown, 2008:290).

Uno de los beneficios de ingresar de las políticas públicas fue que las demandas y las necesidades relegadas e invisibilidades por tanto tiempo se incorporaron dentro de los derechos reproductivos, los cuales implican el carácter sexuado de las personas. Pero la ciudadanía fue construida sobre la neutralidad y universalidad de un modelo de sujeto que es el varón, adulto y heterosexual. Sin embargo, una ley en esos términos significó la creación de deberes y derechos de parte del Estado y los ciudadanos. En Argentina se aprobó esa ley con estos términos restrictivos que garantizaban algunos servicios de salud reproductiva y alguna forma de ser ciudadano con sus respectivas obligaciones y garantías (Brown, 2008:290, 291).

En estos contextos se dieron conferencias internacionales en donde se discutían la planificación familiar y no se hablaba de derechos reproductivos, debido a que las mujeres activistas por los derechos no estaban muy en contacto con las Naciones Unidas (ONU) que era la organizadora de las conferencias. La

primera fue la de Bucarest 1974, en la cual México adoptó las Políticas de Planificación Familiar. Más adelante se organizó la Conferencia de Población de la Naciones Unidas que se realizó en la Ciudad de México, en ella se estableció el recorte de los recursos al Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) y se evitó hablar del aborto. Sería en la Cuarta Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, en donde las mujeres entrarían al debate por los derechos sexuales y reproductivos (Correa, 2003:16,17)

IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994

La sexualidad fue tema de discusión en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en Viena de 1993 donde por primera vez se habló de la defensa de las mujeres frente al hostigamiento, la violencia doméstica y la violencia sexual (también la de los conflictos armados), como violaciones a los derechos humanos (Correa, 2003: 23). Más adelante fue en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, en 1994, donde los derechos reproductivos junto con la sexualidad fueron discutidos (Amuchástegui y Rivas, 2004:547)

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 reconoció la importancia de una sexualidad segura, satisfactoria y con autodeterminación como la base de la capacidad para reproducirse en libertad, elegir cómo y cuándo hacerlo, (Richardson y Turner, 2001:330; Lerner, Rodríguez y Szasz, 2008:3). La información dada a conocer en este escenario, sobre el incremento de las infecciones por VIH y el reconocimiento de las prácticas de riesgo para contraer cualquier otra infección de transmisión sexual (ITS) fueron datos importante para que la comunidad internacional asumiera el compromiso de desarrollar políticas de población cuyo eje principal fueran los derechos reproductivos, desde una perspectiva de género y de derechos humanos (Casas 2004; Amuchástegui y Rivas,2004:547; Lerner, Rodríguez y Szasz, 2008:5). Feministas de países como Chile y Argentina redactaron documentos donde se consideró el aborto y se habló de la libertad reproductiva femenina, además de buscar la aceptación del concepto salud reproductiva (Casas 2004; Brown, 2008).

A partir de esta conferencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomo el concepto de salud reproductiva la cual fue definida como:

«Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia» (OMS,2003:4).

El que la salud reproductiva adquiriera un estatus legal le otorgaba ciertas ventajas a los derechos sexuales y reproductivos, debido a que los visualizaba en el ámbito público. Lamentablemente este concepto se llevaba a la práctica en lo privado de un consultorio médico debido a la institucionalización, a pesar de que eran derechos que se pretendía politizar y discutir en términos públicos, por ser asuntos relativos al cuerpo, las sexualidades y la reproducción. Debido a que los Estados realizaron actos diferenciados de clase, sexo/género y raza, actuaban de manera desigual en el campo de la salud. Algunos Estados decidían o imposibilitaban el uso de anticonceptivos, otros imponían métodos anticonceptivos, incluso esterilizaciones a quien consideraban no aptas para reproducirse (Brown, 2008:292).

Aun así, las propuestas de la Conferencia de Población y Desarrollo eran: comprender los vínculos entre las necesidades anticonceptivos y los comportamientos sexuales para adaptar la oferta de los servicios de planificación familiar a la experiencia individual y el considerar la sexualidad no solo en lo sanitario sino también en su dimensión social y de relación (Lassonde, 1997:70; Brown, 2008:283; GIRE, 2015). Lo anterior cambió la discusión sobre métodos anticonceptivos hacia el reconocimiento de derechos humanos; que si bien esta conferencia no creó ningún derecho humano se reforzó en los mismos al afirmar que se aplican a todos los aspectos de los programas de población (CLADEM,1999; GIRE, 2015).

Derechos reproductivos y derechos sexuales

Correa (2003: 16) señala que el término derechos reproductivos al parecer, fue inventado por la feminista norteamericana Marge Berer a finales de los años 1970 en Estados Unidos, durante la campaña por el aborto, contra la esterilización forzada y el derecho a la contracepción (Campaña CARASA). Pero su aparición oficial fue en Ámsterdam en el año 1984, en una conferencia organizada por mujeres de países en desarrollo, en donde se estableció el primer consejo global de derechos reproductivos. El término “Derechos Reproductivos” fue adoptado para abarcar exigencias como: salud de la mujer, salud integral de la mujer, derecho al aborto, derecho a la anticoncepción, (Correa, 2003:16)

En la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing de 1995 se construyó una definición de derechos sexuales para legitimar “la sexualidad” como campo de expresión humana (Petchesky citado en Amuchástegui y Rivas, 2004: 547) Los derechos sexuales y reproductivos han seguido diferentes caminos para su reconocimiento. Los derechos reproductivos²⁸ adquirieron aceptación institucional primero, porque era necesario reconocer la salud de las mujeres con respecto a su función reproductiva. Debido a eso también tuvieron empuje por las estrategias de los movimientos de mujeres, los cuales coincidieron en el tiempo con la preocupación de los países centrales por controlar el crecimiento poblacional de los países pobres (Amuchástegui y Rivas, 2004:548).

Los “Derechos Reproductivos” son derechos humanos básicos relacionados con el poder, recursos²⁹ y libertad de las mujeres y sus parejas, para elegir y decidir tener hijos o no, cuántos y cuándo tenerlos. Esto implica la posibilidad de ejercer la sexualidad y la maternidad en libertad, sin riesgos para la salud y sin ser

²⁸ Correa y Petchesky (2001) narran que este término parece haberse originado en Norteamérica con la fundación de la Red Nacional por los Derechos reproductivos (RNDR) en los Estados Unidos en 1979. Sin embargo consideran que sus raíces proceden desde 1830 en los movimientos feministas de control de la natalidad entre las socialistas de Owenite de Inglaterra, que promovía la idea de que las mujeres en particular debían ser capaces de decidir cuando y como tener hijos (Correa y Petchesky, 2001:101)

²⁹ Correa y Pechesky (2001) definen los derechos reproductivos como de poder y recursos. De poder debido a que se necesita cierto poder para tomar decisiones informadas acerca de la fecundidad, de la salud ginecológica y de la actividad sexual, más la información de lo que implica tener y criar hijos. De recursos porque consideran que éstos se necesitan para poder llevar a cabo las decisiones de manera segura y efectiva (Correa y Petchesky, 2001:103, 108).

objeto de discriminación cultural, social y laboral (AAVV, 1997:149 citado en Brown 2004: 284; Correa y Petchesky, 2001:108).

Los derechos reproductivos incluyen nociones sobre “integridad corporal” o control sobre el propio cuerpo”, pero cabe señalar que a través del cuerpo nos relacionamos con los demás, lo que quiere decir, que el cuerpo esta mediado socialmente (Correa y Petchesky, 2001). Aun así, las personas tienen la posibilidad de tomar decisiones reproductivas basadas en información veraz y accesible, y en recibir la protección social necesaria para llevar adelante estas decisiones. Para ello debe asegurarse el acceso a: anticoncepción segura y eficaz, atención y protección del embarazo y la maternidad, aborto seguro y legal, tratamientos para la esterilidad, servicios de prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Este acceso debe garantizar la protección médica y jurídica legal contra la violencia y los abusos sexuales, médicos, tecnológicos en materia de salud reproductiva (AAVV, 1997:149 citado en Brown 2004:284).

Aunque se habla de derechos sexuales y reproductivos como si fueran uno, la lucha por la autodeterminación en materia de deseos y placer, ha tenido más obstáculos que la defensa de la soberanía sobre la reproducción. En documentos internacionales han quedado plasmados derechos reproductivos, a diferencia de los derechos sexuales, debido a que su legitimación enfrenta dificultades, desde las relaciones eróticas hasta las legislaciones públicas. Los derechos sexuales no tienen un reconocimiento inmediato por amenazar las ideologías religiosas y por ser un reconocimiento del bienestar corporal a partir del placer y no solo de la reproducción (Amuchástegui y Rivas, 2004:548)

La noción de derechos sexuales está subordinada a derechos reproductivos, sin embargo, múltiples esfuerzos en la lucha de los movimientos feministas han estado dirigidos a definir los derechos reproductivos y sexuales como derechos humanos que consideran el dominio del cuerpo, la sexualidad, el amor y los arreglos familiares. Todos ellos se encuentran dentro de relaciones de poder

marcadas por las jerarquías, desigualdades sociales y de género, conforme al orden imperante (Amuchástegui y Rivas, 2004:546).

Como ejemplo de lo anterior están los casos de esterilización forzada a nivel internacional, llevados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Varios de esos casos se dieron en Chile donde se esterilizó a mujeres con VIH (CLADEM, 1999: 67; GIRE, 2015). Aunque décadas antes existieron médicos que esterilizaban a las mujeres sin informarles, con argumentos de que habían tenido una cesárea y temían los problemas que fuera a provocar el debilitamiento de la membrana del útero en futuros embarazos, nada les hacía entender que su buena voluntad no debía anteceder los derechos de las mujeres para decidir sobre su reproducción. Fue hasta que comenzaron las demandas por elevadas sumas de dinero que comprendieron que la esterilización sin el consentimiento femenino era inapropiada. Los médicos veían en las mujeres a sujetos a quienes aplicarles su conocimiento y no a ciudadanas con derechos (Casas, 2004:18)

Otros casos se dieron en el Perú, un país con un alto índice de crecimiento de la población, que se relacionó con la esterilización involuntaria de mujeres en hospitales gubernamentales de comunidades empobrecidas. Sin embargo después de la muerte de Maria Mamérita en 1998, debido las complicaciones por esterilización forzada, se comenzó una batalla legal internacional contra Perú, en un momento en que el gobierno estaba activamente persiguiendo una política coercitiva de esterilización, aunque el ministro de salud Marino Costa Bauer negó que las esterilizaciones se realizaban para cubrir metas, incluso negó la existencia de las mismas, a pesar de los documentos probatorios (CLADEM, 1999:67).

Después de que la reparación legal en el país fracasó, se presentó un caso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en 1999. Aunque en 2002 se llegó a un acuerdo en el cual Perú modificaría su legislación y políticas discriminatorias, el entonces ministro de Salud se negó a firmar. Su dimisión en el verano de 2003 trajo una conclusión rápida y satisfactoria, un acuerdo de solución amistosa promovido por la CIDH. En agosto de 2003, el gobierno peruano finalmente firmó un acuerdo ante la CIDH, cuyo objetivo era y es mejorar el acceso

de las mujeres a la planificación familiar y la salud reproductiva (CLADEM, 1999:67).

Planificación Familiar e imposiciones anticonceptivas en México

Antes de la planificación familiar en México hubo numerosas actuaciones y argumentos de demógrafos, economistas, médicos y fundaciones que promovían el control natal y que destacaban argumentos a favor de esas medidas, pero éstas no eran demasiado públicas en el país a pesar de que había numerosas posiciones a nivel internacional en los foros donde se discutía acerca de la crisis demográfica (Brachet, 1984:315, 318)

En México, el sistema de salud pública, al comenzar las campañas de Planificación familiar, en la década 1960 a 1970 realizó un amplio surtido de anticonceptivos en las clínicas, iniciando por las zonas urbanas y expandiéndose hacia las zonas rurales indígenas. Estos medicamentos superaban en cantidad a los necesarios para combatir cualquier enfermedad, además de que no se otorgaba ni educación sexual ni planificación familiar (Vázquez, 2010:182).

La elevación en las tasas de natalidad en México, en 1970, dio paso a instituciones y políticas de Planificación Familiar, que promovieron el uso de métodos anticonceptivos, para reducir el crecimiento demográfico que se manifestaba y se comenzó la discusión acerca del uso de los mismos (Vázquez *et al.*, 2003:153; Vázquez, 2010: 117,146. Brachet (1984) señala que la planificación familiar contrastaba con la prohibición del Papa en 1968 contra el uso de anticonceptivos y era resultado de la organización de intelectuales y universitarios que daban eco a la política de desarrollo económico de Echeverría y su búsqueda de la promoción del desarrollo. Además, el miedo a la explosión demográfica del tercer mundo también fue una influencia importante para incluir esta política en el país (Brachet, 1984:315, 322, 326)

Los programas se enfocaron a las mujeres y la fecundidad de las mujeres no indígenas descendió notablemente, mientras que la fecundidad de las indígenas

bilingües bajo solo un poco. Sin embargo, la tasa de las indígenas monolingües aumentó a pesar de la introducción de métodos anticonceptivos y del control voluntario de la fecundidad en las regiones rurales, contrario a lo que pasaba antes de la introducción de estos planes de acción gubernamentales. Señalamientos resaltan que estas políticas tenían (y que todavía tienen) un carácter sexista, clasista y racista, ya que los indicadores muestran que la esterilización aumentó en las comunidades indígenas y solo se centraban en objetivos demográficos y no en los derechos de las personas y el respeto a sus decisiones reproductivas (Vázquez *et al.*, 2003:153; Vázquez, 2010:117,146; GIRE, 2015).

Lerner, Rodríguez y Szasz, (2008) señalan que los funcionarios gubernamentales mexicanos al intentar alcanzar el objetivo de disminuir el ritmo de crecimiento poblacional, en las décadas de los setenta y ochenta, dieron definiciones acerca de las necesidades satisfechas o insatisfechas de anticoncepción de forma limitada y reduccionista, circunscritas a comparar la demanda de las usuarias potenciales con la oferta de los servicios. Así desde los años setenta, las estrategias se enfocaron hacia “mujeres meta” que no utilizaban ningún anticonceptivo (casadas o en unión libre, de edades intermedias y con alta paridad), sin que importaran demasiado sus preferencias, intereses ni proyectos de vida. Sin embargo, las autoras sugieren que la introducción del término Salud Reproductiva, sustituyendo a la Planificación Familiar representó un parteaguas para impulsar la transformación (Lerner, Rodríguez y Szasz, 2008:4)

En México se adoptó la idea de planificación familiar debido al acuerdo que se logró en Bucarest en 1974 en esta conferencia se reconoció a las parejas y los individuos y se recomendó el impartir educación para una paternidad responsable (Camarena, 2001:137). Correa (2003:17) considera lo anterior como un avance importante para nuestro país, sin embargo, Brachet señala que en esta conferencia se expresó el miedo al crecimiento poblacional del tercer mundo y la imposibilidad de estos países para sostenerse, por lo cual se creía necesario

frenar el crecimiento de éstos por medio de técnicas anticonceptivas, para que alcanzarán el desarrollo (Brachet, 1984:326).

A pesar del desarrollismo, es importante resaltar que en el país existió un movimiento de mujeres que desde principios de los setentas defendían la maternidad voluntaria, que exigían educación sexual, anticonceptivos seguros y baratos, aborto como último recurso y rechazo a la esterilización forzada, aunque no significó una opción política para la mayoría de las mujeres mexicanas (Lamas, 2001:177,178)

Aun así, la maternidad y paternidad voluntaria tiene respaldo en la Constitución Mexicana, desde 1973 cuando se agregó el párrafo segundo al artículo 4º y de esa modificación, en 1974 se creó la nueva Ley General de Población y el Consejo Nacional de Población (CONAPO). A partir de esta ley se dio un acelerado proceso de difusión e incorporación de la planeación familiar en las parejas mexicanas para garantizar la prestación de servicios gratuitos en todas las instituciones del sector público (Zúñiga *et al.*, 2000:12; Camarena, 2001:139; Vázquez, 2010:182; Mendoza *et al* 2009:39).

Más adelante, en 1977 se implementó el Plan Nacional de Planificación Familiar focalizado principalmente en las mujeres unidas (casadas o en unión libre), que recibirían información acerca de los métodos anticonceptivos a través de los programas de planificación familiar. Esa visión despertó muchas críticas sin embargo se argumentó que los servicios de salud lograron garantizar la demanda a estas mujeres focalizadas para la distribución (Vázquez, 2010:182; Mendoza *et al* 2009:39).

A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar en México iniciaron cambios en su operación, lo cual llevaba al reconocimiento de que la planificación familiar no sólo debía contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a mejorar la salud materna e infantil y resaltar que la promoción de la planificación familiar era importante para disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo asociados a la reproducción en

edades extremas, a la multiparidad, a un espaciamento corto entre los embarazos, y a la presencia de factores de riesgo derivados de patologías crónico-degenerativas en la mujer embarazada (Zúñiga et al., 2000:35). Además dichos programas ampliaron su cobertura gracias a los servicios de salud que distribuían métodos anticonceptivos modernos. El Instituto Mexicano del Seguro Social fue una de las instituciones que creció de forma acelerada para dotar de servicios a las poblaciones rurales e indígenas del país (Vázquez, 2010:225).

En 1984 los cambios en la ley mexicana se vieron amenazados por la posición unilateral del gobierno norteamericano, cuya acción se dio en alianza abierta con el Vaticano lo que fue muy visible en la Conferencia de Población de la Naciones Unidas. Debido a que el gobierno de Reagan implantó la llamada "política americana de México". Esta política, como se mencionó en párrafos anteriores tuvo como estrategia el recorte de los recursos al Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) y se evitó todo lo relativo al aborto en las resoluciones de esta Conferencia (Correa, 2003:17). Sin embargo, en esta conferencia se hizo hincapié en la educación en materia de sexualidad, aunque también se resaltó la importancia en educación sobre la vida en familia por la misma influencia del gobierno norteamericano y el Vaticano (Camarena, 2001:137)

Aunque realmente la preocupación, basada en las políticas de planificación familiar se interesaba mayormente en la demanda insatisfecha de anticonceptivos, que era muy notoria en 1987 y uno de los propósitos de la Política de Población mexicana era el abatimiento de la misma (Zúñiga et al., 2000:38). Sin embargo, la demanda insatisfecha era puesta en entredicho por algunos cuestionaban qué tanto las mujeres querían usar los anticonceptivos promovidos por el Estado (Vázquez, 2010: 194, 224).

Además de las imposiciones en anticonceptivos, los derechos sexuales y reproductivos, eran (y son) desaprobados por los grupos conservadores en México Desde el Comité Próvida, Caballeros de Colon, Opus Dei, el Centro Cívico de Solidaridad, la Asociación Nacional Cívica Femenina, La Asociación Nacional para la Moral, la Comisión Mexicana de Derechos Humanos y otras más, demandaban

la defensa de la vida desde la concepción y la prohibición de anticonceptivos y el condón (González e Infante, 1991:196,201).

Sumado a lo anterior en 1991 Salinas modifico la ley³⁰ para que las iglesias pudieran participar libremente en medios masivos y distribuir sus posicionamientos en contra del condón, lo que preocupó a los grupos feministas, que se organizaron para promover un discurso laico, democrático e informado y de esta forma nació el Grupo de Información en Reproducción Elegida (Gire) el cual se propuso introducir al debate del aborto una posición más allá de estar a favor o en contra. Lo más importante fue resaltar la importancia de las decisiones con respecto a la interrupción del embarazo, además de integrar la importancia de los derechos (Lamas, 2001:181).

En conjunto las organizaciones conservadoras tuvieron su posicionamiento para descalificar el aborto. Una de ellas fue el Centro Cívico de Solidaridad, asociación de empresarios que se opuso al aborto y la Comisión Mexicana de Derechos Humanos quienes se prepararon para que en la conferencia de El Cairo en 1994 y en la de Pekín en 1995 se defendiera la vida desde la concepción (González e Infante, 2001:206, 207). A esto se suma la posición en contra del aborto en los medios de comunicación promovida por el PAN y el episcopado en respuesta a la conferencia de Beijín en 1995 (Lamas 1995, citada en Lamas, 2001:185).

A pesar de que en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 los grupos conservadores buscaron imponer su postura en contra del aborto, la libre elección de la pareja con respecto a cuantos hijos tener, y a la educación sexual para todos (Gonzalez e infante, 2001; Camarena, 2001), el término Salud Reproductiva fue destacado en los debates, por lo cual los Estados dejaron a un lado el término Planificación Familiar, para incluir la Salud Reproductiva en las instituciones de salud pública y México fue uno de ellos. Sin embargo, a pesar de la introducción de la Salud Reproductiva en México se siguieron tomando las

³⁰ El artículo 130 fue modificado para permitir que las iglesias participar abiertamente en medios de comunicación y se posicionaran en contra del uso del condón. (Lamas, 2001:180).

mismas medidas del surtir anticonceptivos, a las poblaciones más lejanas y los mismos procederes de la Planificación Familiar (Salles y Tuirán, 2001).

No todos los problemas con respecto a las decisiones reproductivas en el país fueron con respecto a la lucha en contra de la prohibición del aborto y los anticonceptivos. También es importante subrayar que la esterilización forzada fue otra violación de los derechos reproductivos y ésta se encuentra tipificada como delito en el Código Penal Federal y los códigos penales de 15 entidades federativas, en términos similares y con penas que varían desde la reparación de los daños y perjuicios, hasta 70 días de multa, y entre cuatro y siete años de prisión, además de la suspensión del empleo o profesión temporal o definitiva (GIRE, 2015:29). Y si el derecho a la salud sexual y reproductiva es uno de los derechos humanos los mismos están defendidos en el Artículo 1o. que dice:

“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece”. Párrafo reformado DOF 10-06-2011

Con respecto a la planificación familiar³¹ el Artículo 67 de La Ley General de Salud cuya reforma surgió en Diario Oficial en 1991. El artículo dice:

La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

³¹ El GIRE (2015) señala que la planificación familiar debe verse fuera de las políticas de control poblacional, porque el acceso a métodos anticonceptivos debe ser un derecho de la vida privada, de la autonomía reproductiva.

“Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”.

En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate (Reforma en Diario Oficial en 2006).

A pesar de estar plasmados en la ley, las instituciones de salud no parecen respetar estos artículos. Al respecto de cómo se lleva a cabo las estrategias con respecto a la salud sexual y reproductiva, datos de la Secretaría de Salud (2014:41) muestran cifras de supuestas “aceptantes de anticoncepción posterior a un evento obstétrico” (APEO) en las instituciones públicas de salud, que pasaron de 928,500 en 2006 a 1.26 millones en 2012, lo que representó un incremento de 36% en dicho periodo y el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud tuvieron incrementos del 3.0 y 13.8% respectivamente. Lo curioso es que las mujeres con menos recursos y las indígenas reciben atención de parte de estas dependencias, debido a los programas de apoyo social. Además, la inequidad en el uso y la promoción de los métodos definitivos se ve en las cifras, porque en el 2012 hubo 399,997 supuestas aceptantes de Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB), contra 36,626 aceptantes de Vasectomía y también el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud (SSA) presentan los incrementos más altos. Aunque la Secretaría de Salud manifiesta lamentar que la participación masculina sea tan baja, en 2012 se realizaron en el IMSS Oportunidades 27 OTB por cada vasectomía y en la SSA se realizaron 15 OTB por cada vasectomía (Secretaría de Salud, 2014:39,40).

GIRE (2015: 22,23) describe información pedida a las dependencias estatales. Los datos son de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013 con respecto a las APEO, son en el IMSS el 81% de APEO pertenecen al postaborto y el 82% al

postparto. Los estados con mayor APEO postaborto son Nuevo León y Tlaxcala con 80% cada uno. Los estados con mayor porcentaje de APEO postparto son Morelos y Durango con 84% y 81% respectivamente y en la Ciudad de México las APEO eran 49% postparto y 32% posaborto.

No todas las dependencias otorgaron información a la solicitud de datos y las que otorgaron no dividieron por variables de edad, métodos otorgados, o hablante de lengua indígena, a lo que GIRE indica que no se puede formular diagnósticos de grupos específicos como las mujeres indígenas y el simple aumento del porcentaje de aceptación anticonceptiva post evento obstétrico no es un objetivo en sí mismo, porque una meta absoluta de número de aceptantes de APEO por institución de salud, disminuye la capacidad de las mujeres para tomar las decisiones más apropiadas después de un evento obstétrico. Lo anterior unido al contexto de discriminación y violencia que enfrentan muchas mujeres al acudir a los servicios públicos de salud, favorece las presiones y amenazas en contextos obstétricos y alienta la anticoncepción forzada (GIRE, 2015:22,23).

Con respecto a las imposiciones, aunque la ley defiende derechos reproductivos la realidad es otra, sobre todo con respecto a las personas indígenas y mujeres. Un ejemplo es la Recomendación general no.4 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), dirigida al secretario de salud, gobernadores de las entidades federativas, al jefe de gobierno del distrito federal y responsables de los servicios de salud pública, debido a las violaciones que se cometían en comunidades indígenas respecto a la obtención de métodos anticonceptivos, sin que existiera el consentimiento. En esta Recomendación se señala que muchas veces los indígenas y sobre todo monolingües, refirieron que no comprendían las indicaciones que los médicos o el personal de salud les daba, debido a que no entendían el idioma español, y en ocasiones les hacían firmar o poner sus huellas digitales en documentos que no tenían significado alguno para ellos, por el desconocimiento del idioma español, y en algunos casos, incluso alteraron firmas (CNDH, 2002/004). En 2004 la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero (CODDEHUM) emitió una

recomendación dirigida a la Secretaría de Salud del estado de Guerrero la Recomendación 35/2004 por un caso de esterilización forzada a 14 hombres indígenas de Camolote en abril de 1998 (CNDH,2007).

En agosto de 2014, mujeres na savi (mixteca) de la comunidad de Tlapa en la montaña de Guerrero denunciaron ante La Jornada Guerrero el ser obligadas a inyectarse un anticonceptivo a cambio de no ser expulsadas del programa de ayuda social Oportunidades como afirmó el Doctor Euclides Moreno Casto (médico de la comunidad), el cual también señaló que la inyección les provocaba trastornos menstruales, dolor, secreciones vaginales atípicas, dolores de cabeza, problemas vasculares, varices y trombosis. Las mujeres fueron hostigadas por personal de la unidad de planificación familiar y de la Jurisdicción Sanitaria 4 de la Secretaría de Salud estatal acerca de sus declaraciones anteriores (GIRE, 2015:26; Muños, 2014).

En resumen, el breve recorrido histórico muestra cómo se dieron los cambios en los comportamientos reproductivos a nivel internacional, debido a la introducción de programas de planificación familiar, sustituidos más adelante por los programas de salud reproductiva. Los programas descritos estaban inmersos en las diferentes circunstancias políticas y sociales en América Latina, sobre todo en los países del sur. Lo anterior muestra los debates sociopolíticos en materia de derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional e internacional³², y facilita comprender las capacidades combinadas que ofrecen los países a las mujeres. Los discursos sobre derechos sexuales y sobre derechos reproductivos en ocasiones se incorporan a la política pública o son ignorados por las cámaras legislativas conservadoras. Estos discursos no son fácilmente subjetivados por las mujeres de los sectores más desfavorecidos, lo cual se muestra en los resultados

³² Estos procesos legislativos o los foros o conferencias internacionales en donde se debatían los derechos de las mujeres fueron resultado de la suma de las acciones sociales de inconformidad de parte de las mujeres, fueron incorporándose a la estructura política. Lo anterior lo explica Giddens (Giddens, 1979:63, citado en García, 2009) señalando que a las prácticas sociales de los actores (como las de las mujeres participantes de los foros), le da la existencia de la estructura.

de este estudio, donde las mujeres no definen como imposiciones lo que sus maridos o las y los profesionales de salud decidan.

Capítulo III. Capítulo Metodológico

Objetivos

En la introducción se señaló que el objetivo de esta investigación es analizar los significados de la reproducción y los embarazos en las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar de la Ciudad de México, para interpretar sus decisiones en las prácticas anticonceptivas y realizar un diagnóstico social que pueda orientar hacia estrategias de intervención desde el trabajo social.

Son los objetivos específicos de esta investigación los cuales se expresan en la presentación de los resultados:

1. Identificar los conocimientos y significados del cuerpo en relación con los embarazos y sobre el derecho a tomar sus propias decisiones en materia reproductiva.
2. Desentrañar los significados acerca de las familias, de las maternidades y de las relaciones intergeneracionales, para analizar la relación de éstos con sus decisiones anticonceptivas.
3. Analizar si este grupo de mujeres incorpora subjetivamente los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como sus capacidades para negociar con la pareja en materia de anticoncepción.
4. Analizar las experiencias en las instituciones y con los profesionales de salud, en materia reproductiva: embarazo, parto y prevención de embarazo, dentro y fuera de los centros de salud.
5. Analizar sus percepciones y sus necesidades en materia

Hipótesis interpretativa o guía de trabajo

En las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar en la CDMX, el cambio de los contextos familiares y de la normatividad de sus comunidades, hacia las condiciones laborales en nuevos contextos sociales al insertarse en la Ciudad de México, tiene relación con la manera de significar el embarazo y la reproducción, lo cual influye en las decisiones anticonceptivas.

Perspectiva teórico-metodológica

Para realizar una investigación es necesario tener una orientación general de una disciplina, a lo cual se le denomina paradigma, que es el modo de mirar y orientar aquello que la propia disciplina va a definir como su contenido temático sustantivo. El paradigma puede ser objetivo o subjetivo (Sautu, 2005:25). En el caso de esta investigación el paradigma subjetivo es la forma en la que se orienta el trabajo.

Una vez identificado el paradigma se toma una teoría general, la cual nos otorga una concepción general de la sociedad y define lo que constituye el mundo empírico y observable. De esta manera se toman los modelos válidos para sistematizar y analizar los datos (Sautu, 2005:25). En esta investigación las teorías generales descritas en páginas anteriores son, la sociología comprensiva de Weber y Simmel, la fenomenología de Schütz, “agencia” y “estructura” en la teoría de la estructuración de Giddens, la actuación de Goffman y el constructivismo social de Berger y Luckman.

Alfred Schutz, como varios fenomenólogos, siguiendo la propuesta de Weber centró su atención en las experiencias cotidianas de la gente y el cómo ésta se acepta como parte del mundo de la vida, el mundo que se experimenta a diario y se vive como normal (Giddens y Sutton, 2013). Es cierto que la sociedad está compuesta por individuos, pero se requiere una perspectiva que tome en cuenta tanto la «agencia» como la «estructura» para este trabajo.

Giddens replantea la teoría sociológica, buscando por una parte trascender los dualismos individuo-sociedad, sujeto-estructura, dimensiones macro-micro sociales. Sumado a ello propone como alternativa una perspectiva sociológica centrada en las prácticas sociales, las relaciones sociales y las potencialidades de la vida social (Andrade, 1999). También se puede hablar de estructuras sociales al hablar del género, entre ellas estructuras que pueden restringir las oportunidades de las mujeres que realizan trabajo no remunerado y que están relacionadas con las identidades de género y la reproducción heterosexual. La estructuración de las

acciones tanto privadas como públicas exhibe jerarquías de género de status y de poder (Young, 2005: 6, 25). Como vimos anteriormente, las mujeres están subordinadas en estructuras de género, que restringen las elecciones con respecto al control de su fecundidad, estas estructuras condicionan también las decisiones laborales, ya que el trabajo del hogar sea sí o no remunerado es una opción casi exclusiva para mujeres.

Para esta investigación fue necesario incorporar la perspectiva de género, para describir las reglas y las prácticas de las instituciones sociales, que dictan diferentes roles entre hombres y mujeres. También para entender cómo y porque son asignados determinados patrones, tareas o estatus de reconocimiento que limitan las opciones de muchas mujeres. El género es una herramienta que teoriza estructuras, no es necesario atribuir una identidad de género única y compartida a hombres y a mujeres para profundizar en los mecanismos por los cuales se mantienen las relaciones de género propias de la comunidad de origen, de las mujeres con los hombres, en los nuevos escenarios (Young, 2005:21,22).

En el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, es importante analizar el proceso subjetivo mediante el cual las personas reconocen sus posibilidades de disponer sobre sus cuerpos, su sexualidad y reproducción, para así otorgarse a sí mismos la autorización de decidir (Amuchástegui y Rivas,2004:544). Por ello, al hablar de las condiciones sociales de las trabajadoras del hogar de la CDMX, es necesario resaltar, como señalan Amuchástegui y Rivas (2004:544), ciertas condiciones sociales, económicas e institucionales favorables para el ejercicio de los derechos. Sin el auto reconocimiento no es posible ejercer los derechos, aunque formal y jurídicamente estén definidos.

Justificación

En las investigaciones empíricas revisadas con respecto a las mujeres indígenas, la salud reproductiva y la anticoncepción(Vázquez y Flores 2003; Flores *et al.*, 2005; Chávez *et al.*, 2007; Espinosa, 2008; Hernández *et al.*, 2008; Mendoza, 2009; Reartes, 2010; Mata, 2011; Romero, 2012; Romero, 2013; Sosa y

Menkes, 2014; Taciana y Junqueira, 2014; Minjarez, 2015; Velasco, 2016) y las concernientes a trabajadoras del hogar (Arrieta, 2009; Stefoni y Fernández, 2011; Durin, 2013; Echeverría, 2016) no se encontró una investigación específica acerca de las mujeres que cumplieran con las condiciones en conjunto de ser indígenas migrantes en la Ciudad de México, trabajadoras del hogar, de sus derechos o decisiones reproductivas y la relación con los significados del embarazo y la reproducción, por lo que se resalta la necesidad de realizar la investigación en este grupo de mujeres en condición de gran vulnerabilidad.

A partir del presente estudio se aportarán elementos, para la comprensión de la toma de las decisiones anticonceptivas y su relación con los significados del embarazo y la reproducción, los cuales orientarán para futuras propuestas de intervención. Lo anterior se fundamenta en el marco de la propuesta de Matus (2006:35), quien argumentó que los mecanismos de intervención del trabajo social deben ser configurados como una propuesta, basada en la comprensión, en la reflexión y debe ser flexible, ya que es ahí donde se encuentran los elementos claves para su apropiación de parte de los usuarios.

El ejercicio incompleto de los derechos reproductivos y sobre todo el derecho a la libre decisión de uso de métodos anticonceptivos, en mujeres indígenas, refuerza la condición de inequidad y exclusión social, por lo tanto, es necesario desde el trabajo social abordar situaciones vinculadas a procesos que dan lugar a este tipo de condiciones, que pueden ser constituidas como objetos de estudio de esta disciplina (Sánchez, 2011:109, 110).

Además, se considera importante comprender que, en el caso de mujeres de los sectores menos favorecidos, las decisiones reproductivas no se toman como la universalidad de las leyes lo dicen, de manera libre e informada, sino que se realizan a partir de contextos específicos, de formas múltiples (que podrían parecer controversiales) y cambiantes en el curso de la vida reproductiva (Van der Sijpt, 2014: 279). La trabajadora social puede identificar las desventajas en las condiciones sociales y plantear estrategias dirigidas al autorreconocimiento.

Muchas mujeres indígenas migrantes viven (tal como otras mujeres) en la subordinación de parte de maridos, familiares, médicos y programas de planificación familiar o normas culturales, pero con cambios perceptibles, debidos al contacto con otras comunidades, estos cambios son importantes para tomarlos en cuenta dentro de las intervenciones de las profesionales de trabajo social.

También, aunque existan derechos con respecto a las decisiones reproductivas, formal y jurídicamente definidos, no significa que las mujeres tengan posibilidades de ejercerlos, debido a que es necesaria la apropiación subjetiva de los mismos, la cual se da mediante el reconocimiento de sus posibilidades de disponer sobre sus cuerpos, su sexualidad y reproducción.

La presente investigación propone el uso del término “ciudadanía”, para hablar de las mujeres/sujetos de intervención³³ de políticas de planificación familiar, así como para reconocer las condiciones de los contextos de origen y aquellos en los que radican (en las cuales se dan las relaciones desiguales de género).

Se consideró importante problematizar la “ciudadanía” debido a que la misma conlleva derechos, obligaciones, autonomía y participación (Navarro, 2013:40), y la o el trabajadora/or social en teoría buscan el acceso a los derechos sociales de los sujetos tales como: derecho a la salud, al alojamiento, a la educación y derechos a la salud reproductiva (De Robertis, 2003:68).

También se sugiere la conquista de la salud reproductiva se relaciona con la posibilidad adquirir la ciudadanía, de esta forma se incluye la posibilidad de gozar de ciertos derechos (Yuval Davis citado en Brown, 2008). Así que es importante resaltar el concepto de “ciudadanía” debido a que ésta contiene derechos que son considerados como derechos humanos básicos (Weissbrodt y Divine, 2015) como son los derechos sexuales y reproductivos (Richardson y Turner, 2001; Brown, 2008).

³³ En trabajo social se suelen utilizar los sustantivos del usuario o el cliente para referirse a los sujetos de intervención, ambos en controversia de uso, debido a que el primero es más utilizado en el ámbito laboral y el segundo en la academia, ambos con una connotación distinta que da sentido a la intervención (Navarro, 2013:46)

Por lo tanto, fue importante para este trabajo proponer la ciudadanía para construir al sujeto de intervención de esta investigación, transversalizando la perspectiva de género. Esto debido a que aproximarse a la discusión de la ciudadanía en el trabajo social desde la óptica de todos los actores y sobre todo al hablar de mujeres, presupone adoptar dicha perspectiva, porque dentro de la ciudadanía se encuentra la igualdad de oportunidades en la sociedad. Además de que la perspectiva de género en el trabajo social va más allá de una pretendida igualdad con el varón. Es sobre todo la equidad en el acceso a todas las categorías ocupacionales, a un determinado nivel de ingresos, a las prestaciones sociales, a la participación social, política, sindical, a la protección jurídica (Kisnerman 1998:134) y sumemos también el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En resumen, retomando lo planteado en los últimos párrafos, para contemplar a lo concerniente a las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar en la Ciudad de México, se consideró importante hablar de ciudadanas y no únicamente de sujetos de intervención. También es necesario agregar que ciudadana se utiliza en femenino con mucha facilidad y construye a las mujeres como tomadoras de decisiones, sin olvidar que son necesarias las condiciones adecuadas para que estas decisiones se tomen a partir de un abanico de posibilidades y no a partir de escasas opciones, sobre todo si hablamos de decisiones reproductivas.

Tipo de estudio

La teoría general guía la elección de la metodología y los métodos apropiados para alcanzar los objetivos de la investigación (Sautu, 2005:25). Para la presente investigación la metodología utilizada es la cualitativa. La investigación de corte cualitativo parte de la idea de la unidad de la realidad y de la fidelidad a la perspectiva de los actores involucrados en esa realidad. Esta metodología es importante para estudios en donde el lenguaje es una parte central del análisis y donde la construcción de los significados y del contexto forman parte del tema a investigar (Sautu, 2005:32). La postura cualitativa centra el interés en la situación, en la idea de que cada situación es única e irrepetible y el contexto es el que

explica, “ya que la estrategia de una investigación cualitativa va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado” (Ruiz, 2012:56, 57).

El estudio cualitativo pretende profundizar en los aspectos donde el estudio cuantitativo busca llegar a generalizar, aunque a partir de los casos concretos en los que profundiza el estudio cualitativo, no se puedan realizar generalizaciones estadísticas para otros casos (Ruiz, 2012:63). En la presente investigación se profundiza en lo dicho por las mujeres participantes en el estudio (migrantes indígenas trabajadoras del hogar en la CDMX) con respecto a las decisiones anticonceptivas. A través del análisis e interpretación del lenguaje (de las narrativas), transformado en textos, se busca comprender los significados del embarazo y la maternidad y la reproducción y su relación con las decisiones reproductivas en este grupo de mujeres. Para lograr esto se requieren los métodos, es decir los procedimientos para responder a los planteamientos teóricos y requisitos empíricos. En el marco de las teorías generales y sustantivas ya planteadas se recopiló información acerca de las narrativas de lo que este grupo de mujeres decía con respecto al tema de las decisiones anticonceptivas, con un énfasis en el análisis e interpretación desde la perspectiva de género y derechos. Por lo tanto, el tipo de necesidad de producción de evidencia empírica dictó los procedimientos contenidos en los métodos (Sautu, 2005:37).

El alcance de la investigación es el correlacional, debido a que pretende conocer la relación entre los significados del embarazo y la reproducción con las decisiones anticonceptivas. Los estudios correlacionales tienen como propósito conocer la relación existente entre dos categorías o conceptos y tienen un valor explicativo (Hernández *et al.*, 2010:81,83).

Así mismo el diseño de esta investigación es no experimental debido a que no se manipulan variables (Hernández *et al.*, 2010:149) y es transversal debido a que en un momento del tiempo se realizaron las entrevistas a las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar en la Ciudad de México. La investigación transeccional o transversal se caracteriza por recolectar datos en un solo

momento, con el propósito de describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández *et al.*, 2010:152).

Población de estudio y técnicas de investigación

En esta investigación, la población de estudio son las mujeres indígenas trabajadoras del hogar, que radican en la ciudad de México. La herramienta que se utilizó para la obtención de la información fue la entrevista, de ahí se obtuvieron discursos que se transcribieron en textos. Los textos fueron analizados con la teoría sustantiva de la perspectiva de género. Las teorías sustantivas son las que otorgan conceptos sensibilizadores más acotados que se refieren al contenido sustantivo mismo del tema o problema investigado (Sautu, 2005:26).

A través de la entrevista, se buscó obtener información de los contenidos en el habla de los actores sociales, en este caso, las narrativas de las mujeres participantes. Esta técnica no supone una conversación sin pretensiones y neutra, debe contar con propósitos bien definidos, dado que se desarrolla como medio de recolección de los hechos relatados por los actores en tanto sujetos de la investigación que viven una determinada realidad que está siendo focalizada. La entrevista cualitativa es un procedimiento usual en el trabajo de campo y se caracteriza por una comunicación verbal que refuerza la importancia del lenguaje y del significado del habla, debido a esto, a través de este procedimiento se obtuvieron datos subjetivos. Los datos subjetivos se relacionan con los valores, las actitudes y las opiniones de los sujetos entrevistados (Cruz, 2007:45). Esta técnica sirve para contribuir en un diagnóstico o tratamientos sociales (Ruiz, 2012:165), que es lo que se realizó en esta investigación.

Esta investigación se realizó a partir del constructivismo. En el constructivismo, el investigador socialmente situado crea a través de la interacción las realidades que constituyen los encuentros donde se recogen los materiales empíricos, por lo tanto, es una característica de la forma interpretativa aplicada en la producción de los textos que se analizan (Ruiz, 2012:166, 170). En este caso, son los discursos de las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar.

La técnica de investigación fue la entrevista a profundidad³⁴, debido a que es abierta y permite que el entrevistador tenga a su alcance en la comunicación tanto lo dicho como las actitudes, porque en ésta no solo se transmite información sino también conductas del entrevistado. Además, en la entrevista se producen expresiones de carácter íntimo, se relata la vivencia individual en el contexto y en una situación cara a cara (Alonso, 1998: 11).

Otro motivo por el cual se consideró para esta investigación la entrevista en profundidad fue porque permite un mayor acercamiento de manera que puede ser vista como una plática entre iguales³⁵, cara a cara y está dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas o hechos particulares (Taylor y Bogdan, 1992:101). En el caso de las mujeres indígenas migrantes, para poder hablar de su trayectoria reproductiva, se necesitó de este acercamiento, sobre todo porque las pláticas trataban sobre sucesos muy íntimos de su vida.

Las entrevistas a profundidad se realizaron a un grupo de mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar que aceptaron participar en el estudio. Las entrevistas se basaron en una guía de entrevista (Anexo 1). La guía de la entrevista semiestructurada es la que retoma los temas principales que el entrevistador desea abordar, pero no es una guía que deba seguirse de forma consecutiva, por eso la entrevista es abierta y otorgan la información a través de su historia (Alonso, 1998:8). Con respecto a esta investigación, las historias de este grupo de mujeres se centraron en: la maternidad, el embarazo, la reproducción, la familia, las relaciones intergeneracionales y sus condiciones de vida. Los temas de la entrevista se orientaron hacia la regulación de los embarazos y a

³⁴ Otro motivo del por qué se utilizó la entrevista fue debido a que ésta pretende comprender, más allá de sólo explicar, no busca la respuesta objetiva, sino la subjetivamente sincera, obtiene respuestas emocionales y busca maximizar el significado (Ruiz, 2012:166, 170).

³⁵ Aunque es importante señalar que la entrevista, podría no llegar a ser una conversación entre iguales, ya que como señalan Castro y Bronfman (1999) la disposición del entrevistado algunas veces se convierte en una situación de subordinación, debido a las condiciones sociales y la espera de respuesta del investigado, tal como se da en las estructuras desiguales de poder. La mayor parte de los estudios con entrevista a profundidad o historias de vida se hacen con sujetos sociales que viven bajo alguna forma de subordinación económica (en el caso de los desposeídos), de género (en el caso de las mujeres), sexual (en el caso de las minorías sexuales), o de algún otro tipo y esto ocurre en países con algo grado de desigualdad como México (Castro y Bronfman, 1999:5,52).

las condiciones en las que se tomaron las decisiones anticonceptivas y de salud reproductiva. Para la selección de las participantes se tomó en cuenta que residieran o por lo menos trabajaran más de dos días en la alcaldía de Benito Juárez.

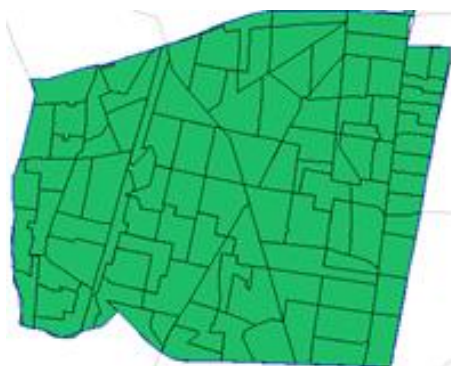
El grupo de estudio se compone de 10 mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar en la CDMX. Para la realización de las entrevistas y su registro grabado se obtuvo el consentimiento informado ³⁶(Castro y Bronfman, 1999:52). Para lograr las entrevistas fue importante acudir a la Ciudad de México para realizar el trabajo de campos.

Sitio de estudio

Las mujeres de esta investigación fueron contactadas en la alcaldía de Benito Juárez. Se seleccionó este lugar debido a que cuenta con determinadas características demográficas, como son: mayor densidad poblacional y menor promedio de hijos nacidos vivos por mujer (INEGI, 2010), lo que supondría que las mujeres de esta alcaldía están ejerciendo sus derechos reproductivos, sin embargo, con los antecedentes ya relatados de cómo se llevan a cabo las políticas públicas, es importante analizar como las mujeres indígenas que pasan mayor tiempo en tal alcaldía toman sus decisiones reproductivas. Esta alcaldía no es la de mayor concentración indígena, sin embargo, las mujeres indígenas que radican en este lugar son las que su mayoría son económicamente activas. Además de que son estas mujeres indígenas las del promedio más bajo de hijos nacidos por mujer (INEGI,2010), estas características hacen a este sitio importante para la investigación, debido a que se planteó en la guía de investigación que el cambio de contexto se relaciona con la manera de significar el embarazo y la reproducción, y estos resignificados influyen en las decisiones anticonceptivas.

³⁶ Castro y Bronfman (1999:5,52) agregan, con respecto al consentimiento informado, que en contextos como el nuestro, en donde la falta de "ciudadanización" de los individuos es predominante, por lo que existe el desconocimiento casi absoluto de muchos de sus derechos básicos e incluso del hecho mismo de que pueden tener derechos. El que un investigador "ofrezca" el derecho de aceptar o rehusar libremente la participación, suele ser visto por los informantes con reserva y suspicacia por lo antinatural que el acto les resulta.

Figura 1. Alcaldía Benito Juárez, según su nivel de bienestar económico y social



Fuente: INEGI (2017) estudio de "Regiones socioeconómicas de México"³⁷

Es necesario resaltar que Benito Juárez es la alcaldía que el INEGI³⁸ (véase figura 1) registra con el mayor estrato de bienestar relativo de la Ciudad de México, debido a que en esta alcaldía³⁹, el 100% de las Áreas de Geoestadística Básicas⁴⁰ (AGEBS) analizadas se encuentran en el estrato 7. El INEGI indica que, en su clasificación, este estrato refleja el mejor nivel de bienestar relativo.

La Ciudad de México es un lugar de destino importante para la migración de las personas indígenas. Según el Censo del 2010, en la CDMX radican 123,224 personas indígenas viviendo y el 53% (65,308) son mujeres (INEGI, 2010). Con respecto a las mujeres indígenas en la CDMX, el 96.42% (62,970) tiene 12 años y más, de las cuales el 85.9% nació en otra entidad del país. En el caso de esta investigación, fue de interés este grupo de mujeres en edad reproductiva y migrante, debido a que se exploraron las decisiones anticonceptivas y las

³⁷ El INEGI (2017) representa las diferencias de estratos de las áreas geoestadísticas básicas según colores, los estratos más altos (5,6 y 7) los representa en color verde, que suben de intensidad según sube el estrato, el estrato medio (4) en amarillo y los estratos bajos en café (3 y 2) y rojo (1). Se puede observar que en la alcaldía Benito Juárez todas sus AGEBS se encuentran en verde fuerte.

³⁸ "Los estratos se enumeren del "1" al "7" indicando con ello el nivel de bienestar relativo asignado, así, por un lado, el estrato "1" es el que se asocia con el menor nivel de bienestar, por el contrario, el estrato "7" comprende a las unidades (entidades, municipios o Área Geoestadística Básica según se trate) que reflejan un mejor nivel de bienestar relativo. Los estratos se presentan en orden descendente, es decir, de mayor a menor nivel de bienestar".

³⁹ Las alcaldías que le siguen son Miguel Hidalgo con 92.39% de las AGEBS se encuentran el estrato 7 y 6 y Cuajimalpa de Morelos en donde el 73.57% se encuentran en este mismo estrato (INEGI, 2017).

⁴⁰ Área Geoestadística Básica, es una unidad que utiliza el INEGI (2017) con propósitos operativos de levantamiento de información. Las AGEBS se clasifican en urbanas y rurales, para más detalle consulte el apartado 1.3 Marco Geoestadístico Nacional.

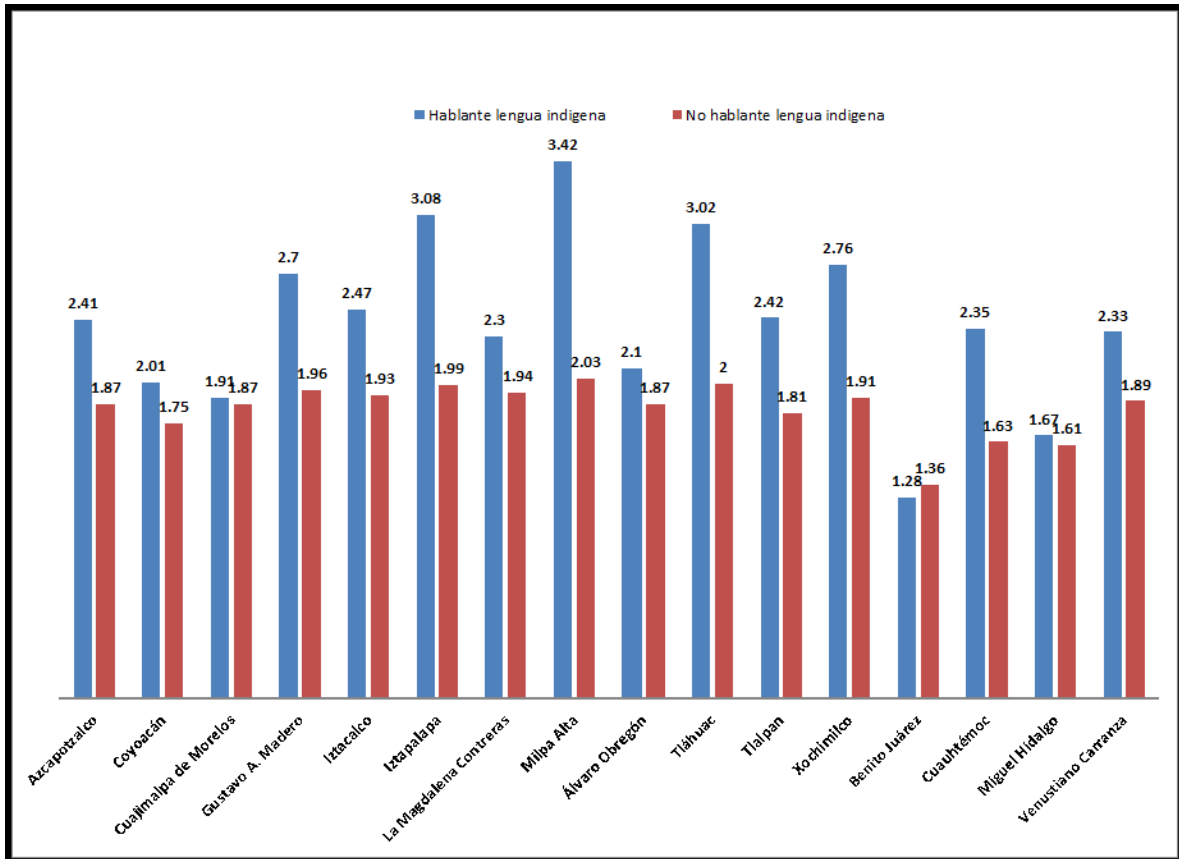
trayectorias reproductivas, pero principalmente los significados del embarazo y la reproducción, por ello se incluyeron tanto las mujeres que ya habían tenido hijos, como las que no.

Benito Juárez tiene el 4% de la población indígena femenina de 12 años y más en la CDMX, sin embargo, en esta alcaldía el número de mujeres indígenas, supera al de los hombres que residen en este sitio, ya que 64 % de las personas indígenas que residen en esta alcaldía son mujeres y en comparación con las demás alcaldías, ésta es la que supera a todas las demás en su relación hombre-mujer indígenas.

Otro dato importante que resaltar es que la mayoría de las mujeres indígenas de 12 años o más que radican en esta alcaldía son trabajadoras remuneradas, según datos obtenidos del INEGI (2011). Esta alcaldía tiene el porcentaje más alto de las mujeres indígenas de 12 años y más económicamente activas, con el 73.4%. Es de destacar, que esta alcaldía no es zona industrial, que, si bien cuenta con algunas fábricas y oficinas, en su mayoría es área de residencia, por lo cual en la mayoría de los trabajos que laboran las indígenas residentes de esta alcaldía, no son de obreras industriales (INEGI, 2010; INEGI, 2017).

Las mujeres indígenas de 12 años o más que radican en la CDMX tienen en promedio 2.53 hijos nacidos vivos por mujer. Pero es de resaltarse que, de todas las alcaldías, las mujeres que residen en la Benito Juárez son las que tienen promedio más bajo de hijos nacidos vivos por mujer, (Grafica 1). Las mujeres no indígenas de esta alcaldía tienen un promedio de 1.36 hijos nacidos vivos por mujer, que es un porcentaje mayor al de las mujeres indígenas de esta alcaldía, quienes tienen un promedio de 1.28 hijos nacidos vivos por mujer. Lo anterior quiere decir que las mujeres indígenas de esta alcaldía son las que tienen el menor promedio de hijos de toda la CDMX. Es posible que algunas mujeres indígenas trabajadoras del hogar sean de planta, no hayan establecido su propia familia y no tengan hijos.

Grafica 1. Promedio de hijos nacidos vivos por mujer por Alcaldía. Comparación entre hablantes y no hablantes de lengua indígena



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CENSO de población y vivienda del 2010 (INEGI, 2010)

También puede tener influencia el estrato sociocultural en el que hacen sus relaciones sociales, que en este caso son las mujeres de los hogares en los que trabajan. Además, se puede considerar la influencia del estrato relativo de bienestar en el que se encuentra esta alcaldía, aunque esto no signifique que el que tengan menos hijos les permita mayor bienestar, y otra posibilidad es que las políticas de planificación familiar en la CDMX que en su mayoría se enfocan a las personas pobres e indígenas, puede reflejarse en las cifras ya mencionadas.

En resumen, aunque Benito Juárez sólo cuenta con el 4% de la población femenina indígena de 12 años y más de la Ciudad de México, es la alcaldía con más mujeres indígenas respecto a varones indígenas; además la mayoría de estas mujeres son económicamente activas. También este grupo de mujeres

tienen el menor promedio de hijos nacidos vivos, incluso menor al de las no indígenas. Al ser la alcaldía del mejor nivel de bienestar relativo de toda la ciudad, puede tener influencia en las mujeres, acerca de la decisión de tener hijos. Y, además, es importante para el estudio porque al ser una de las alcaldías con mayor nivel de bienestar, también tiene una mayor proporción de hogares con empleadas del hogar, muchas de ellas de origen indígena.

Entrada a campo y selección de la muestra

Los primeros acercamientos a campo fueron de mayo a junio del 2017. El lugar al que se acudió en tres ocasiones fue el Parque de los Venados (Parque Francisco Villa en la alcaldía de Benito Juárez). En una de las fuentes de éste, la más cercana a la Av. División del Norte, se reunían las mujeres y los jóvenes indígenas a caminar alrededor de la fuente o a esperar sentados. Regularmente las mujeres estaban en grupo de tres, cuatro o hasta cinco, platicaban en lo que los jóvenes llegaban por ellas y se retiraban todos juntos o una por una se iban con sus respectivas citas, desintegrando el grupo.

Regularmente eran las mujeres las que esperaban y no se encontraban solas. En algunas ocasiones grupos de chicas y chicos se encontraban por primera vez para platicar, una forma de conocerse y tener un lugar de encuentro. Sin embargo, esta dinámica se rompió después del temblor del 19 de septiembre del 2017. Fue en ese lugar donde se contactó a la primera participante.

Selección de la muestra y perfil de las participantes

En el caso de las mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar participantes de este estudio, la muestra fue no probabilística⁴¹ y se compuso de

⁴¹ La muestra no probabilística es igual de importante que la probabilística (que se conocía como único tipo de muestreo) y su aplicación resulta insustituible en los estudios cualitativos. Los tipos de muestreo no probabilístico son: el intencional que es aquel donde los sujetos son elegidos en forma intencional, no al azar ni siguiendo cálculos a través de métodos como es el muestreo opinático o el muestreo teórico. En el muestreo fortuito el investigador selecciona los informantes que han de componer la muestra siguiendo un criterio estratégico personal, los que voluntariamente salen al encuentro o los que por su conocimiento de la situación o del problema se le antojan ser los más idóneos o representativos de la población a estudiar, o entran en contacto con el investigador a través de sujetos entrevistados previamente (muestreo de bola de nieve) (Ruiz, 1996:63,64).

manera intencional y de bola de nieve, una participante llevó a otra, así fue como se fueron contactando seis de ellas. Las otras cuatro eran mujeres que se suponía que eran trabajadoras del hogar, y se les contactó a través de otro intermediario que tenía relación de confianza con ellas.

Tabla 1. Datos generales de lugar de residencia y lugar de origen de las participantes

NOMBRE	Idioma	Lugar de origen	Lugar de residencia
Lucero	Náhuatl	Chicontepe, Veracruz	Benito Juárez
Anahí	Tlapaneco	Tlapa, Guerrero	Chalco
Jandé	Náhuatl	Xutlasco, SNP ⁴²	Benito Juárez
Perla	Náhuatl	Zacapoxtla, SNP	Puerta Grande
Marcela	Mazahua	Zitácuaro, Michoacán	Ermita Iztapalapa
Elena	Mazahua	San Mateo el Progreso, Zitácuaro Michoacán	Ermita Iztapalapa
Sol	Mazateco	Mazaclan Villa de Juárez, Oaxaca	Benito Juárez
Marlene	Chinanteco	María Lombardo, Oaxaca	Benito Juárez
Paola	Náhuatl	Ixtlapalaco Tepehuacán Guerrero, Hidalgo	Benito Juárez
Mariana	Purépecha	Pátzcuaro, Michoacán	Benito Juárez

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Se consideró a estas mujeres idóneas para participar, debido a las características de ser mujeres indígenas migrantes y trabajadoras del hogar. También porque estuvieron dispuestas a relatar parte de su experiencia desde que vivían en sus comunidades, cómo era su familia, porqué migraron, cómo llegaron a la CDMX, como inició su vida laboral en el trabajo en casas ajenas y sus trayectorias reproductivas, con respecto a cómo se encontraban emocional, física y económicamente al momento de tener hijos y sus decisiones respecto a evitar

⁴² SNP=Sierra Norte de Puebla

embarazos. Principalmente las entrevistas se centraron en los significados de la familia, de la maternidad, del embarazo y la reproducción y como estos significados influyeron en sus decisiones reproductivas. Se buscó variabilidad en la muestra, por lo cual las participantes para esta investigación son diez mujeres de diferentes estados de la república y de distintos grupos indígenas.

De las mujeres participantes, cinco de ellas son de origen náhuatl, una es de Veracruz, otra es náhuatl de Hidalgo, otra náhuatl tlapaneca de Guerrero y 2 son náhuatl de la Sierra Norte de Puebla. Tres de las participantes son de Michoacán, dos son mazahuas y una es purépecha. Y, por último, 2 mujeres son de Oaxaca, una chinanteca y otra mazateca (Tabla 1). Nueve de las diez mujeres trabajan en la modalidad de entrada por salida y seis de las entrevistadas residen en la alcaldía de Benito Juárez. De las otras cuatro, dos viven en Iztapalapa, una en Chalco y una en Puerta Grande.

En la tabla 2, se puede ver que la mayoría de ellas salieron de sus comunidades para comenzar a laborar en su adolescencia en otros hogares, siete de ellas con una edad entre los 11 y los 14 años al momento de marcharse de su lugar de origen. De las tres, restantes dos llegaron a la CDMX en la niñez, una a los dos años, otra a los 6, y una en edad adulta, a los 25 años. La edad promedio de este pequeño grupo de mujeres es 43.2, la edad mínima es 23 y la máxima 70, la moda es 38 años. En cuanto a situación civil o conyugal, solamente dos son solteras, las demás están o han estado unidas alguna vez.

Con respecto a la escolaridad (tabla 2) se puede observar que 6 de las participantes en el estudio completaron la primaria, pero una de ellas, aunque cuenta con su certificado, no sabe leer ni escribir. En cuanto a la secundaria, una tiene secundaria trunca y dos si la completaron. Una de ellas, Jandé por el momento está completando la educación primaria con una maestra particular y toma otros cursos, Anahí toma en la tarde un curso de computación, además de que desea seguir estudiando, una carrera corta. Es decir, las más jóvenes están comprometidas en actividades de desarrollo personal a través del estudio.

Tabla 2. Datos generales: Edad, edad migración, escolaridad y situación civil de las participantes

Seudónimo	Edad	Edad/migración	Escolaridad	Situación civil
Anahí	23	2	Secundaria	Soltera
Elena	38	14	Secundaria	Unión Libre
Lucero	35	14	Primaria	Separada
Paola	38	13	Sec. trunca	Separada
Marlene	56	25	Primaria	Unión libre
Sol	30	14	Primaria	Casada
Perla	53	12	Primaria	Unión libre
Mariana	70	6	Primaria	Viuda
Jandé	30	11	Sabe leer y escribir	Soltera
Marcela	59	14	Primaria pero no sabe leer	Viuda/separada

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

La edad promedio de la primera unión fue de 19.9, donde la mínima es 14 y la máxima 25. De las ocho mujeres con hijos, la edad promedio a la que se embarazaron por primera vez es de 20 años, donde la mínima es 16 años y la máxima 25 años. En cuanto a los hijos e hijas, dos de ellas no tienen descendencia y las demás tienen un número promedio de hijos o hijas de 2.5, donde lo mínimo es un hijo y lo máximo son cuatro hijos e hijas (tabla 3). Además, las dos mujeres de mayor edad sufrieron la muerte de hijos ya nacidos.

Con respecto al uso de anticonceptivos (tabla 3) se observa que la mayoría de las mujeres con vida sexual activa han utilizado diferentes métodos anticonceptivos, para regular los embarazos. Las mujeres participantes dijeron conocer tres o más métodos anticonceptivos, de las cuales cuatro de ellas si han utilizado por lo menos dos diferentes o más. Así mismo, los métodos más utilizados no permanentes, fueron el condón masculino y el dispositivo intrauterino

(DIU), el método permanente más frecuente fue la OTB⁴³ (3), nadie relató que su pareja pasara por la vasectomía, y sólo una de las mujeres mencionó otra forma de controlar los embarazos como el coito interrumpido.

Tabla 3: Datos de edad de primera unión, número de hijos y anticonceptivos de las participantes

Nombres	EPU ⁴⁴	#HNV ⁴⁵	Atención al parto	Uso de anticonceptivos
Lucero	18	2	HPU/ HPRIV ⁴⁶	Condón
Anahí	0	0	0	Condón, AE ⁴⁷
Jandé	0	0	0	0
Perla	20	4	HPU	DIU, Inyección, Condón
Marcela	17	2	Partera, sola, HPU	OTB
Elena	16	4	HPU/ HPRIV	Inyección, DIU, OTB
Sol	25	1	HPU Oaxaca	DIU, Condón, Implante
Marlene	25	1	Partera	0
Paola	14	4	HPU	Coito interrumpido, OTB
Mariana	24	2	HPRIV	Mejoral y Ovulo Espermicida

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas

De las mujeres no usuarias de anticonceptivos, las razones expresadas para el no uso de los mismos fueron porque niegan tener vida sexual activa o por intentar un siguiente embarazo. Marcela a quien le realizaron una operación de salpingoclasia (OTB) comentó que no se le permitió el control con anticonceptivos no permanentes, primero por el control de su conyugue y segundo por

⁴³ Obstrucción Tubárica Bilateral (OTB).

⁴⁴ Edad primera unión.

⁴⁵ Número de hijos nacidos vivos por mujer.

⁴⁶ HPU Hospital público, HPRIV Hospital privado.

⁴⁷ Anticoncepción de emergencia.

prescripción médica, en versión de los profesionales, porque era irregular con su ciclo menstrual.

Tabla 4. Lugar de origen de la pareja

Nombre	Lugar de origen de las parejas
Lucero	Ciudad de México
Anahí	Tlapa Guerrero (Náhuatl)
Jandé	Sta. María Tepantlali Oaxaca (Mixe)
Perla	Actapan Zacapoaxtla Puebla (Náhuatl)
Marcela	Zitácuaro Michoacán (Mazahua) /Oaxaca/
Elena	Ixtlahuaca Edo. Mex. (Náhuatl) /Guerrero
Sol	Mazaclan Villa de Juárez Oaxaca (Mazateco)
Marlene	Huejutla Hidalgo (Náhuatl)
Paola	Ciudad de México
Mariana	Ciudad de México

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas

Con respecto a las personas con las que se unieron estas mujeres, (tabla 4) tres de las participantes iniciaron su vida conyugal con personas nacidas en la Ciudad de México, dos de ellos son migrantes de segunda generación, aunque se consideraban hombres de ciudad. La familia del esposo de Mariana ya tenía dos generaciones anteriores, en la Ciudad de México, además de ser migrantes del norte del país, con condiciones económicas bastante estables. Las otras 7 mujeres se unieron o tienen relación de noviazgo con personas indígenas, quienes también son migrantes, de otras poblaciones o grupos, o del mismo lugar de origen.

Respecto al lugar de trabajo, todas las mujeres laboran en distintas colonias de la alcaldía de Benito Juárez por lo menos dos días a la semana, de las cuales cinco de ellas viven en esta alcaldía, y dos viajan a las alcaldías de Coyoacán, Tlalpan o Álvaro Obregón diferentes días de la semana, aunque la mayoría del tiempo trabajan en Benito Juárez.

Realización de las entrevistas

Las entrevistas se realizaron en un lugar donde ellas eligieran estar, como: en la calle, cerca de una zona comercial o cerca del paradero de autobuses, en una casa o en una cafetería. Con respecto a la duración de las entrevistas fueron de una hora y media a dos horas. La temporalidad en que se realizaron: las dos primeras tuvieron lugar en octubre del 2017 y las restantes fueron en el transcurso de enero a junio de 2018.

A todas las participantes se les informó que la entrevista era con fines académicos y que tenían el derecho a no responder cuando quisieran. Se pidió el consentimiento para poder grabar las entrevistas y toda la información presentada en esta investigación tiene la autorización de las participantes⁴⁸. La identidad se resguarda con seudónimos, que en la mayoría de los casos ellas eligieron.

Análisis de las entrevistas

Para el análisis de las entrevistas fue necesario transcribirlas para poder realizar la codificación (es decir, asignar códigos a los diferentes fragmentos o extractos de cada una de las entrevistas). Aunque durante la transcripción se

⁴⁸ Durante las entrevistas fue necesario generar empatía para que las entrevistadas se sintieran cómodas. Señala Ruiz (2012:173) que el entrevistador busca la subjetividad. La coincidencia de lo narrado con el mundo individual del entrevistador actúa en favor de la empatía para contactar con el mundo subjetivo del entrevistado. Sin el afán de suplantar, a través de la empatía del entrevistador ni el sesgo del entrevistado con los discursos del mundo exterior, se trata de acceder al mundo interior de las personas el cual es inaccesible sin empatía. Además, las particularidades de cada conversación se logran a través de la empatía. También las particularidades muestran rasgos universales, sino fuera de esa manera la literatura surgida de investigaciones con casos particulares no tendría ningún efecto en el mundo académico. La experiencia de cada uno es una fuente de conocimiento que puede compartirse con diferentes individuos de distintos grupos sociales y culturales en la negociación de significados y para la construcción del conocimiento (Amuchategui,2001).

pierden elementos visuales tanto de entonación, timbre y tono, como del lenguaje no verbal, existen elementos narrativos que pueden permitir que las transcripciones sean leídas como si representaran el habla real (Castro, 1996: 71).

La interpretación de los textos también representa un ejercicio de poder mediante la producción de conocimiento, sin embargo, se puede respetar la cultura y los valores de los participantes, mediante el reconocimiento de la propia ubicación por parte del investigador, para que admita cuándo impuso un significado, que quizá no era relevante para el que relató su historia (Amuchástegui, 2001:177, 222).

En las entrevistas las mujeres relataron sus trayectorias reproductivas, sus imaginarios sobre la maternidad y los embarazos, su deseo de ser o no ser madres, el por qué y cómo formaron familias, cómo era su familia en las comunidades de origen y en la CDMX, las relaciones intergeneracionales dentro y fuera de su familia, las relaciones intergeneracionales en su comunidad de origen y en la CDMX.

También se exploró cómo era la participación de sus parejas con respecto a las prácticas de crianza, si compartían o no esas responsabilidades. Pero sobre todo sus relatos se centraron en sus conocimientos, sus prácticas y sus decisiones anticonceptivas, el cómo llegaron a la regulación de los embarazos, cómo conocieron la información, que participación tenía el cónyuge para el control de los embarazos, cómo se llegó a las prácticas actuales de anticoncepción, qué opinaban al respecto, como era su relación con los profesionales médicos, los discursos con respecto a la anticoncepción y sus derechos reproductivos.

Todo lo anterior para comprender cómo los significados del embarazo y la reproducción incidían en las decisiones anticonceptivas, con la hipótesis de que las ideas acerca de la maternidad, la familia y los hijos participan en las prácticas relacionadas con la reproducción. Las decisiones en el ámbito reproductivo están condicionadas por los cónyuges, las familias, los contextos y las instituciones de salud y por la construcción subjetiva de las propias mujeres.

En el caso de esta investigación las categorías⁴⁹ centrales son las decisiones anticonceptivas, la maternidad, los significados de la familia y de los hijos, del embarazo y la reproducción, la vulnerabilidad y la construcción como sujetos y la ciudadanía. Esta investigación analiza el discurso reproducido socialmente a través del lenguaje.

Para comenzar el análisis, se realizó una historia de vida de cada mujer, para comprender los sucesos, sus circunstancias y sus relatorías sexuales y reproductivas por las que había pasado cada una, gracias a eso, se identificaron los relatos en común o particularidades específicas en cada historia. Después se dividieron los textos por categorías para así comenzar el análisis.⁵⁰

Al realizar el análisis de los textos, emergieron nuevas categorías: violencia de género, el orden jerarquizado de la familia, problemas de salud y efectos relacionados con la anticoncepción y las emociones con respecto a los embarazos.

Se fueron incorporando nuevos conceptos teóricos de la teoría de género, que no se habían contemplado al principio de la investigación. Como ejemplo, al analizar los textos sobre la maternidad, el embarazo, la familia y el deseo de tener o no hijos, fue recurrente en el discurso de las mujeres del “ser mujer”, qué era ser mujer en sus comunidades, en su familia y sobre todo el “ser mujer” a la hora de decidir llevar un embarazo a término. Esta información fue analizada con los modelos impuestos de feminidad (Juliano, 2004).

El análisis se dividió en cuatro ejes principales 1) significados de familia, 2) significados de la maternidad, 3) significados del embarazo y del aborto y 4) decisiones anticonceptivas⁵¹. Cada uno de estos ejes contiene subtemas que

⁴⁹ Las categorías son los conceptos que representan las historias de personas o grupos reducidas a términos conceptuales. Cada categoría se puede relacionar con todos los casos de estudio. La categoría central es el tema principal de la investigación, todos los códigos que se analicen están condensados en las palabras que explican de qué trata la investigación (Strauss y Corbin 2005:160).

⁵⁰ Geertz (1996) señala que lo importante de una investigación local no es encontrar grandes generalizaciones a partir de grupos pequeños, sino encontrar las generalidades dentro de ellos.

⁵¹ El lenguaje implica el reconocimiento de funciones que en su constitución busca el cómo se genera el significado, las líneas del significado (como en la antropología estructural de Levis Strauss y la Psicología) a

fueron dividiéndose para ir construyendo lo que Geertz (1996) denomina una descripción densa (Geertz, 1996), a partir de la identificación del entramado de significaciones en torno a las decisiones reproductivas y los derechos, desde una perspectiva que analiza las desigualdades en las relaciones intergeneracionales y donde una mirada etno-racial adquiere una importancia especial en este grupo de estudio.

En los significados del embarazo y la reproducción de las mujeres de este grupo, se fue encontrando la relación de los significados de la familia y la toma de decisiones anticonceptivas, con los contextos de su lugar de origen y las incorporaciones de los discursos adquiridos gracias a la migración. Lo cual se explica de forma más detallada en el siguiente capítulo de resultados.

través del símbolo. Los significados son junto a sus definiciones entendidos como datos, a partir de su contextualización en otra dimensión. Se analiza lo que no puede ser cuantificado, que se halla en las profundidades del lenguaje y de los gestos (Alonso, 1998: 2,22).

Capítulo IV. Resultados

Las mujeres de este estudio

Las mujeres participantes en esta investigación son todas indígenas trabajadoras del hogar. La mayoría, tiene hijos e hijas y están o estuvieron alguna vez unidas. Únicamente dos de las mujeres participantes no han tenido la convivencia diaria con ninguna pareja y no tienen hijos.

Las más jóvenes del grupo de participantes llegaron a edades tempranas por distintas circunstancias: Anahí llegó a la CDMX en brazos de su madre a los dos años, sin embargo, casi todas sus relaciones sociales y lazos familiares son tlapanecas, por lo cual ella se auto-adscribe como tlapaneca. En el caso de Jandé ella abandonó su comunidad desde los 11 años, pero ha tenido una relación constante con su familia a pesar de la carga de trabajo, por lo que aún se considera nahua, actualmente terminó de fincar el primer piso de su casa en su comunidad de origen. Sol llegó a los 14 años a la CDMX y no tardó mucho tiempo en encontrar trabajo con una pareja de extranjeros españoles, a quienes les atribuye la transmisión de nuevas costumbres y formas de ver el mundo.

Todas las participantes aportan en la economía de su familia, pero la mayoría son las principales encargadas del sustento del hogar, por lo cual tienen jornadas de trabajo largas que rebasan las ocho horas⁵². Sólo tres de ellas trabajan alrededor de seis horas y otras tres se encargan económicamente de adultos mayores⁵³, por lo cual se exponen a extenuantes jornadas de trabajo. Por ser mujeres que laboran fuera de casa, algunas consideran que recibir un salario les ayuda a evitar maltrato masculino. Sumado a lo anterior expresan menosprecio por las mujeres que no realizan trabajos remunerados. Además, dos de ellas

⁵² Perla, Paola y Jandé, tienen una jornada laboral que llega las doce horas, la situación de las primeras dos es porque tienen otro trabajo en la mañana que no es limpieza de hogares (Pizzería, Club deportivo y empacadora de embutidos), Jandé por ser la única que se encuentra de planta, tienen un horario a disposición de su patrona. Por otro lado, Jandé y Marcela cuidaron de adultos mayores como parte de sus actividades de trabajo del hogar, por la misma paga, sin ningún incentivo extra, Elena cuidó niños como parte de sus actividades, sin recibir un pago extra.

⁵³ Dos de ellas se encargan de sus madres y una de su abuelita.

señalan que gracias a su trabajo construyeron en otro estado del país su casa y por lo mismo valoran tener un salario.

En el momento de las entrevistas, algunas señalaron que, en su relación de pareja, la violencia ha estado presente, desde la violencia psicológica, hasta la violencia física. Además, cinco han sido víctimas de violencia sexual o de acoso de parte de personas que laboraban con ellas en el mismo espacio: familiares y/o pareja⁵⁴. Estas experiencias las llevaron a tomar decisiones, como el hacerse cargo económicamente de su progenie y de ellas mismas.

En cuanto a los cuidados de la salud, por ser mujeres que desde su adolescencia⁵⁵ radican en la CDMX, tienen bastante contacto con las instituciones de atención a la salud, incluso los partos de la mayoría han sido atendidos en los hospitales de la CDMX. A excepción de tres mujeres: Marlene quien su única hija la parió con una partera de Oaxaca, Marcela que sus primeros dos hijos fueron en Michoacán uno con partera y una sola y Sol quien parió en un hospital de Oaxaca. Lucero y Sol se consideran valientes por no haber gritado durante el parto, esto refleja las conductas aprendidas de las mujeres en el hospital, debido a el control médico sobre las emociones de las mujeres en labor de parto, los médicos reprenden a las mujeres que gritan o se quejan, al observar esto Lucero y Sol supusieron que no debían gritar, para ser tratadas “*con delicadeza*”.

La mayoría presenta o ha presentado problemas de salud. Varias de ellas señalaron que fueron atendidas por problemas ginecológicos de salud. Jandé tuvo quistes en los senos y fue intervenida de forma quirúrgica, Perla asegura que el DIU (dispositivo intrauterino) le causó úlcera porque se encarnó, también padeció

⁵⁴ Las mujeres unidas son 8, de las cuales las siguientes dijeron haber sufrido violencia: Marcela, Paola, Mariana, Elena, Perla, Lucero. En el caso de Elena y Anahí, ellas relatan que sus madres fueron víctima de violencia de parte de su conyugue. La violencia sexual también se manifestó en los relatos de estas mujeres: Paola sufrió una violación a los 13 años, en uno de los primeros trabajos en los que estuvo repintando tubos adentro del metro de la CDMX, por parte de su patrón un ingeniero. Un hombre intentó abusar sexualmente de Jandé, se le abalanzó con el uso de la fuerza, pero fracasó. Muchos años después un hombre al que cuidaba la acosaba sexualmente. A Mariana la violó su cónyuge. A Marcela un patrón suyo le hacía insinuaciones sexuales y Sol fue acosada sexualmente por parte de tíos y primos, cuando era muy pequeña en su lugar de origen.

⁵⁵ Dos de ellas llegaron en la niñez y una en la edad adulta

de miomas, aunque asegura que su último embarazo la sanó, Elena tuvo quistes en los ovarios y se le desgarró la matriz en el cuarto parto; Marcela sufrió de quistes en los ovarios y fue intervenida. Hay que agregar también, los problemas de salud en general que tienen o tuvieron estas mujeres, como Jandé que sufre epilepsia, Perla tiene una hernia y padece de dolor de pies y Marcela padece diabetes, problemas de vesícula y problemas de riñón.

Es importante destacar que dos de las mujeres perdieron a hijos ya nacidos, situación que influyó bastante en la toma de sus decisiones reproductivas, debido a que fue una etapa marcada por la violencia y la negligencia o abuso de las instituciones de justicia y/o de la atención a la salud. La primera es Marcela, su primer hijo nació muerto y su segunda hija murió a los siete meses, debido a que al dejar la casa del marido, este le arrebatara a la niña con violencia y la niña murió de inanición un mes después. La segunda es Mariana quien relata que su hijo murió a los ocho días de nacido por ictericia severa.

Por último, en esta breve presentación de las mujeres, resalta que en sus comunidades de origen y en la CDMX, algunas recibieron burlas debido a que sus padres las abandonaron y no asumieron su paternidad, por esta razón vivieron marginación social como si fueran culpables de la orfandad. Esta experiencia de discriminación tuvo un peso importante en decisiones que les dieron rumbo a sus trayectorias de vida.

Este recuento de experiencias contribuye a mostrar las condiciones sociales y económicas de las mujeres de este estudio, además estas experiencias tuvieron influencia en las “decisiones” que tomaron para seguir en su trayectoria de vida. A partir de los discursos sociales acerca de la maternidad, la familia, los embarazos y la reproducción, formaron un imaginario que expresaron en las entrevistas con respecto a sus decisiones anticonceptivas.

Mujeres, familia y decisiones de vida

La familia constituye el lugar de aprendizaje de las normativas que rigen la comunidad. Es la unidad donde se aprenden los papeles de cada integrante,

además de que en ella se van construyendo los discursos acerca de las funciones como hombre y como mujer (discursos y roles de género).

La familia, en los imaginarios de las mujeres entrevistadas, es un grupo jerarquizado donde el hombre adulto proveedor es el que se encuentra en la posición más alta de la jerarquía y la mujer queda subordinada a sus decisiones, tal como lo demuestran las siguientes frases: *“el hombre cabeza de familia” “la mujer tiene que estar firmes a donde él diga” “así es como se sostiene la familia allá” “allá sí la mujer la tenías que ver, así como que siempre golpeada, así es allá” “yo creo en la familia”*.

Así mismo el papel de la mujer no solo dentro de la familia, sino también en la sociedad es el de esposa y madre, por lo que las decisiones de las mujeres están dadas por estos imaginarios que son asumidos como “destino”⁵⁶. En este apartado se analizan los imaginarios que se tienen acerca del papel de las mujeres dentro de la familia y en su grupo social.

La mujer en el modelo de familia

Los discursos sobre las familias se centran en la familia nuclear tradicional, en la cual el padre, la madre y los hijos son los que la conforman. “Así debe de ser”, señalan en sus testimonios, ya que, aunque su vivencia de familia fue distinta, el ideal de familia es un objetivo aún para las mujeres más jóvenes, a pesar de que su experiencia personal no fue igual a ese modelo.

Tal como se menciona en el párrafo anterior, el modelo de familia ideal se inserta en su imaginario y se expresa como la “mejor” opción de constituir una familia y según lo expresado en sus testimonios, supone para ellas la forma “correcta” para el desarrollo de los individuos que la conforman. En general, las entrevistadas sugieren en su discurso de familia un ideal, donde el padre, la madre y los hijos juntos son una familia completa, un tipo de familia que influyó al tomar sus decisiones para unirse.

⁵⁶ Juliano (2004) señala que los modelos obligatorios de mujer, el de esposa y madre, son asumidos como destinos y no como opción.

El tener una familia conformada diferente al modelo ideal, era impensable al principio de sus uniones, debido a que consideran la unión entre hombre y mujer como base de la familia. Además, la unión con una pareja sin reproducción exitosa (aunque sea por elección), es percibida como una familia fallida, de esa manera en sus discursos también está presente la idea de que los *“los niños son la alegría del hogar”*, debido a que el objetivo de la unión entre dos personas es procrear⁵⁷.

Debido a que cada integrante de la pareja acepta la identidad construida, que en el caso de las mujeres entrevistadas es la de mujer-madre unida a un hombre, el padre y otro tipo de uniones podría significar una transgresión a los mandatos sociales que algunas veces van asociados a una creencia relacionada con la religión y que de no cumplirse significa una penalización:

Pues quien sabe, yo digo que es importante, no sé, por qué, unos dicen que, si estás casada o juntada, te va a regañar diosito cuando te mueras, si no tienes hijos, a los hombres también igual [...] Quien sabe por qué, dicen que te regaña diosito, te regaña, no sé cómo dicen.

Marlene, 56 años, ES⁵⁸.

En el discurso de la familia, el tener hijos es lo más importante de la unión entre un hombre y una mujer para evitar el “castigo divino”⁵⁹. Sin embargo, una de las entrevistadas, debido a que padece epilepsia, mencionó que su ideal de familia es conformarla solo con su pareja y sin descendencia, que, si bien no se niega por completo a tener hijos, sí considera la unión sin la necesidad reproductiva:

Antes yo pensaba, decía “ningún hombre me va a aceptar como soy, ningún hombre me va a aceptar así con estos problemas que tengo” pero, a través del tiempo digo, “¿Por qué no? ¿Por qué no puedo vivir una vida normal? Soy una persona normal, por tener epilepsia eso no quiere decir que no puedo hacer nada, que no pueda tener familia; digo “yo sí quiero casarme, a lo mejor, no tener hijos, pero pues, quiero casarme, con quien compartir mi vida” [...] “Pues sí, digo ahora sí que”, digo “pues no quiero tener hijos, pero si ya tengo ya, está bien”.

Jandé, 30 años, P⁶⁰

⁵⁷ Especialmente si se considera que las diferencias reproductivas organizan las relaciones sociales y las identidades que construyen socialmente al género (Sosa-Sánchez, 2013:186).

⁵⁸ Se utiliza la abreviatura, ES para referirse a las trabajadoras que laboran de entrada por salida

⁵⁹ Dicho de otra manera, el placer y el deseo es algo oculto para la sociedad, sobre todo si se habla de mujeres. En los discursos sociales se señala que las mujeres deben reprimirse, cuidarse del deseo de otros y de la tentación social (Fine, 1991:295)

⁶⁰ Se utiliza la letra P para las que laboran de planta.

Otro elemento en el discurso de las mujeres de este grupo es que la familia no está completa si falta el padre o la madre. Además, consideraban que la unión era para toda la vida a pesar de lo que sucediera, ya sea en las comunidades de origen o en la misma CDMX, como lo relatan los siguientes testimonios:

Pues yo siempre pensé que nunca iba yo a ser madre soltera, siempre dije “voy a casarme, voy a formar un hogar, yo no me voy a meter con un hombre así”, ya ve que decían “si te metes con un hombre...” bueno yo siempre encontraba señoras grandes que me decían, “si tú te vas con un hombre a la cama ya no vales nada, mejor cuídate para que así te cases, todas las mujeres que se van a la cama con un hombre, ya después no la quiere, nada más te va usar un rato” [...] Y yo dije” no me voy a meter con un hombre, el que se case conmigo es con el que me voy”, sí y así fue...

Marcela, 59 años, ES.

Marcela nunca se vio a ella misma como madre soltera. Al tomar la decisión de unirse⁶¹, se casó por seguir un plan de vida para una mujer de su población, de la forma en que aprendió. Ella cuenta que realizó su unión como se le exige a una mujer, por el civil y por la iglesia, sin embargo, experimentó una situación de violencia que la llevó a separarse del hombre que consideró que sería el compañero de toda su vida. Lo anterior sucedió en la población de origen, en donde las mujeres se unen con determinadas expectativas, buscando seguir el modelo de familia.

Si bueno, al momento yo cuando me junté con el papá de mis hijas, porque nunca nos casamos, yo pensé que era para toda la vida, si él me trataba mal, si él andaba con otras mujeres, yo decía, “pues es hombre, ningún hombre es fiel y prefiero aguantar porque es el papá de mis hijas a que otro al rato me deje, al rato me junte y otro me lo haga, no, es el papá de mis hijas, si me engaña o me pega es porque él es el papá”; y como que decía “es que yo me junté con él para toda la vida” y pero fue pues ya hasta esto...

Paola, 38 años, ES

En los testimonios anteriores se destaca que la familia se conforma con un hombre presente, por lo que emergen advertencias de no fallar a la normativa de ser madre dentro del matrimonio. Además de que en sus discursos la unión se realiza para toda la vida, y tal como se ve en el último testimonio esto es una constante que justifica las relaciones violentas, mismas que se respaldan en las

⁶¹ Con el hombre que la espero tres años mientras ella trabajaba en la Ciudad de México

diferencias de género⁶². La frase “es hombre”, normaliza la violencia y remarca la posición genérica que le otorga el poder para actuar como desee, aún sobre el cuerpo de una mujer.

Aunque en el imaginario de la familia, la unión entre hombre y mujer la consideraban para toda la vida, el hecho de que las mujeres unidas alguna vez se hubieran separado, cambiaba su discurso acerca de la familia ideal, sobre todo cuando hablaban de sus separaciones que la mayoría, las vivieron en la CDMX (Solo Marcela se unió y se separó en su comunidad de origen), ya fuera por consejo de patronas o debido a que cambiaron de contexto donde la vigilancia social comunitaria no ejercía presión. Así mismo se expresaban poco dispuestas a “estar siempre ahí” a diferencia de las mujeres de su comunidad en donde “*la mujer tiene que estar firmes a donde él diga*”.

Las mujeres, la negociación de pareja y el respeto.

En los imaginarios de las mujeres entrevistadas sobre la familia, el hombre es el que toma todas las decisiones, pero en algunos relatos se habla de las negociaciones entre hombres y mujeres dentro de la familia:

(Tener familia) también depende de cómo es la vida de la familia, de la pareja, por ejemplo, mi esposo y yo estamos de acuerdo en cómo educar al niño, pero por ejemplo si él fuera una persona, así de que digamos, habla groserías, dice cosas feas que yo no quiero que el niño aprenda y él sigue con su terquedad de que sí va seguir hablando así, de que le va a valer delante del niño, entonces ya son cosas que uno no está a gusto, o sea ya no estaría bien, ya no se sentiría uno bien, ya no es felicidad ya no es gusto, ya no...

Sol, 30 años, ES.

En palabras de las entrevistadas, el mantener acuerdos mutuos y respetarse entre sí puede hacer que la experiencia en familia sea más equitativa para hombres y sobre todo para mujeres, mientras no se lleguen a acuerdos en común o que no se respeten tales acuerdos, no permite el equilibrio entre las relaciones

⁶² En la definición de género de Scott (1990:44) el género es un elemento que constituye las relaciones sociales entre personas, basado en las diferencias entre los sexos, además de ser una forma primaria de relaciones significantes de poder. Se puede subrayar que en los testimonios aparecen evidencias de las relaciones significantes de poder entre hombres y mujeres, sobre todo cuando se justifican las acciones violentas de las parejas, por el hecho de ser hombres.

intergénericas. Al respecto, las mujeres señalan que el tipo de relaciones dentro de la familia depende de con quién se forme la misma.

Así mismo, en los testimonios sobre las negociaciones, los relatos muestran que en las comunidades de origen (que son heterogéneas), también existen relaciones de equidad entre hombres y mujeres:

Pues es que te digo allá la familia se respeta mucho, pero también hay mucho machismo, entonces pues como te diré, bueno en el caso de mi familia por parte de mi papá y de parte de mi mamá. De parte de mi papá hay mucho machismo, de parte de mi mamá, mi abuelito para mí era un gran hombre, era de los que respetaba mucho a su mujer y cuando mi bisabuela quedo viuda, se vino a vivir con ellos y para él mi bisabuelita era como su mamá, o sea la trato muy bien [...] Ahí la que tiene los **pantalones puestos era mi abuelita**, era la que lo regañaba y todo, así al menos en mi familia de parte de mi mamá [...]“¿Allá? Allá, allá la familia, es lo que yo he visto con mis familiares, **es de mucho respeto, un papá o un abuelo o la mamá se le tiene mucho respeto, hijo que le falta al respeto a alguien mayor, pues, lo tachan como mala persona** o, o sea un mal agradecido, o cosas así, porque allá te digo, allá la familia es muy unida y...

Anahí, 23 años, ES

El respeto es un elemento que permite el funcionamiento familiar e implica no abusar de los demás y no permitir el abuso, pero si se toma en cuenta que las diferencias de género de facto otorgan a los hombres mayor respeto que a las mujeres, se reafirma la posición que éstos tienen en la jerarquía social y familiar. Las entrevistadas señalan que sobre todo en las comunidades de origen, los hombres son más valorados que las mujeres, a pesar de su comportamiento:

(El respeto) ¿Cómo te diré? Bueno pues más que nada al papá, a la mamá también se le respeta y se le quiere, pero pues los papás son a los que se les respeta más, se ve como machista a la vez, pero pues o sea, pues así es allá, “el papá es la cabeza de la familia” y todo y así crecen las niñas allá, crecen con esa mentalidad, de respetar, así como respetan al papá, al abuelo, tienen que respetar a su pareja, hasta el hijo varón, entonces, también se ve como machista te digo, pero a la vez pues, bueno no sé cómo decirte, pues así es allá, así es como se sostiene la familia”.

Anahí, 23 años, ES.

A pesar de que en el testimonio siempre se menciona en general el respeto como algo que se les da a todos los miembros de la comunidad, resalta el hecho

de que es al hombre al que se le valora más, porque es la autoridad en la familia por ser considerado “*la cabeza de la familia*”, el que piensa por todo los demás⁶³.

La mayoría de las mujeres veían este orden social como algo inmutable en el lugar en que crecieron y pareciera que esta manera de vivir se fue transformando en ajena conforme se convertían en mujeres de ciudad. Sin embargo, también en los lugares de residencia actual existe un orden social parecido.

Mujeres de familia que proveen, sin derecho a decidir

La mayoría de las entrevistadas trabajan para sostener a sus familias, tienen pareja, pero no cuentan con su apoyo emocional, ni económico, aun así, continuaron en el modelo de la familia tradicional. En los testimonios ellas manifestaban cierta inconformidad, pero no todas las mujeres se atrevieron a decir lo que piensan acerca de estas relaciones. Fueron pocas las que expresaron su desaprobación a la tolerancia de las mujeres a parejas irresponsables:

Por ejemplo, hay otras mujeres que aguantan que el marido sea infiel, aguantan que el marido venga borracho, sin gasto, quieren comer no hay comida o prefieren ellos tomar y los hijos sin comer o esas cosas así y hay mujeres que toleran eso, aguantan eso, yo creo que por tener un hombre o no sé.

Sol, 30 años, ES

Porque veo muchas mujeres que tienen marido y **al final el marido son ellas**, porque ellas son las que mantienen la casa, ellas las que traen dinero a la casa y ellos se quedan en la casa y ellas se van a trabajar, yo he visto muchas amigas, yo he visto mucha gente, me dije “no, pues no, me decepciono de la vida” [...] Al final de cuentas las decisiones las toman ellos, el hombre, cuando la otra lleva el dinero a la casa, eso es lo que dije yo, tener un marido, no gracias, mejor me quedo sola con mi hija y todavía me dicen porque no te consigues un muchacho y digo no muchas gracias, con verte a ti...

Lucero, 35 años, ES

Las mujeres que se atrevieron a expresar la situación de las mujeres en la CDMX consideran que es un escenario más desalentador, por no tener las “ventajas” económicas de su población, ya que el “*marido son ellas*” por ser las proveedoras. Aunque las mujeres lleven el sustento a casa, son los hombres los

⁶³ Los imperativos de género otorgan una carga valorativa como negativa o positiva a la dualidad de los comportamientos entre hombres y mujeres (Maqueira, 2008:180)

que deciden, lo que significa que se continúa afirmando la posición del varón sobre la mujer.

Las mujeres de este estudio expresaron que la obligación de la pareja es llevar el sustento económico a la familia, pero esto no se cumple en lo que han visto y experimentado en la CDMX y aun así las mujeres continúan conviviendo con esos varones. Las entrevistadas manifestaron el por qué otras mujeres, desde su visión, se quedan en relaciones opresivas en la CDMX:

Pues a veces me felicitan porque ellas, todas mis amigas que yo tengo tienen sus maridos, pero haz de cuenta que ellas están solas, trabajan para los hijos, los maridos no les dan nada y aparte los mantienen [...] “Porque no lo hacen por los hijos lo hacen por ellas, así pienso yo, ay pinche ignorante entonces quédate sufriendo, aja lo hacen por ellas para que no se queden solas.

Lucero, 35 años, ES.

Pues yo siento que luego muchas veces eso se hace uno como codependiente a ellos, por eso muchas veces sufren las mujeres violencia, las engañan, las maltratan y todo y ellas no pueden hacer nada, por lo mismo de que están acostumbradas a que las mantienen, a que dicen “no y si lo dejo ¿Cómo le voy a hacer? ¿Cómo voy a trabajar? ¿A dónde? ¿De qué?” Y como no conocen y no nada, prefieren estar aguantando todo, eso es lo que yo veo de esa forma...

Paola 38 años, ES

Un testimonio habla del miedo a la soledad y el otro de dependencia económica, pero en conjunto resalta la vulnerabilidad de las mujeres migrantes, que “*como no conoce y no nada*”, con mucha más facilidad son víctimas de la violencia de parte de la pareja, a quien también deben mantener.

En general las mujeres señalaban que en sus localidades hay “machismo”. Al realizar este tipo de comentarios, algunas cuestionan cómo es tratada la mujer en la CDMX, en donde según sus testimonios se invierten los papeles del sustento, pero sin ningún beneficio en cuanto a libertades de decisión, además de considerar a las mujeres (aunque hayan pasado por situaciones similares), responsables de las circunstancias en las que se puedan encontrar.

Violencia de género

La violencia de género es la suma de las acciones cometidas (psicológicas o físicas) que dañan a las mujeres bajo pretexto de que deben ser corregidas o tuteladas, o sin justificación alguna. Esto es causado por las asimetrías que existen en las relaciones intergéneras en sociedades que permite las desigualdades sociales, donde el respeto y la integridad de las mujeres es minimizado ante el respeto e integridad de los hombres. Además, en los juicios de valor acerca de las agresiones perpetradas por los varones, los daños son minimizados e incluso se le culpabiliza a la víctima (Juliano, 2004:68,70).

En los testimonios existen evidencias de que este grupo de mujeres han vivido este tipo de violencia. Así el respeto que se le exige principalmente de mujeres a hombres, no se le exige de la misma forma de hombres a mujeres, por lo cual existe cierta permisibilidad para ejercer la violencia psicológica y física en contra de las mujeres.

En cuanto a la violencia psicológica, los testimonios de las mujeres relatan la experimentada de parte de las parejas o de los padres durante su niñez, quienes amenazaban para seguir recalando su autoridad. Era según sus palabras, un tipo de violencia legítima, debido a que los papeles de marido o de padre, les permitía a los hombres imponer sus propias intenciones sobre las mujeres:

Llegaba yo a ver que de repente iba (el padre biológico que la regaló con su tía), pero no iba con la intención de decirme, “oyes, te traje un kilo de naranjas” por lo menos, o sea nunca, y él pasaba por ahí a ver que veía y se iba y ya me decía “ si tú tienes un hijo y no eres casada, te lo quito y se lo voy a dar a los perros del río” y yo me quedaba así “ pero ¿Por qué?” **“pues porque así debe de ser”** “ o te doy un balazo en un pie” y así como que siempre yo decía “ pero ¿Por qué?, si no estoy haciendo nada malo, no” “ pues ya te dije, el día que te vea con alguien o te doy un balazo o te quito a tu hijo y se lo doy a los perros” y pues era así como que mucho miedo, o sea como que crecí así como que con ese miedo, de que decían **“ es que lo tienes que respetar porque es tu papá”** pero ahora ya no, ahora ya pienso de otra manera, digo “ el respeto se gana y el nunca hizo nada por mí, entonces yo porque tengo que ver por ese señor” digo.

Elena, 38 años, ES

La tía política de Elena (quien se hizo cargo de ella) al ser viuda se negó a casarse en segundas nupcias, por miedo a repetir la violencia que sufrió con su difunto marido, por tal motivo le aconsejó a su hija adoptiva no permitir este tipo de situaciones. Sin embargo, aunque ella llevó la tutela de la crianza y la carga económica de su hija adoptiva, fue el padre biológico quien siguió siendo la autoridad y quien decidió sobre la vida de Elena y la obligo a casarse a pesar de no encargarse de ella:

“y así sacando conclusiones, fue por miedo y “te casas porque te casas” yo todavía le dije “no es que yo no me quiero casar” “pues te vas a casar, no es lo que tú quieras es que tú te vas a casar”. Entonces, así como que “bueno pues ya que”

(Elena, 38 años, ES).

Se enojaba de lo que lo decía, luego a veces me ponía en el pecho la pistola, una vez sí tuve el valor, le dije: “dispara para que ya de una vez me mates, porque, así como me estas amenazando, cada rato me estas amenazando”, **“no” dice “nomas te estoy diciendo eso para que aprendas”**, ¿quién sabe qué? “¿Qué voy a prender?” le digo “¿a respetarte o qué? yo ya te dije que me voy, que si no estás a gusto conmigo dime para que me vaya ya”, y me decía que no, o tantito que iba yo con mi mamá, de vez en cuando iba con mi mamá y él tenía que estar así, sentado para escuchar todo lo que platicábamos, porque si él se iba a un lado tantito, dice “ es que platicaste con tu mamá”, “es que te aconsejó tu mamá”, “es que te dijo esto y eso me lo vas a pagar tu”, todo eso se desquitaba conmigo, cuando ya íbamos en el camino o cuando ya llegábamos su casa.

Marcela, 59 años, ES

El resaltar la autoridad de los varones por medio de amenazas, es violencia de género, cuyo objetivo es imponer la voluntad masculina, la cual está legitimada por los modelos impuestos. Lo relatado por las mujeres es que la violencia no material que casi siempre daba paso a la violencia física, las parejas golpeaban a las mujeres, gracias a que la posición jerárquica les permitía ejercer violencia física legitimada, desde su punto de vista “por ser maridos de las mujeres”:

Ella (Su mamá adoptiva) me platica su vida y ella me platicaba que sí le pegaban, su esposo si le pegaba, de hecho ella tenía una cicatriz aquí en la nariz y yo le decía “¿Por qué tienes eso?” dice “¿Por qué mi esposo me aventó un salero y me levantó esto de aquí “ o sea como que **allá si la mujer la tenías que ver así siempre golpeada, con moretones y yo veía de esas y de otras familias, porque no de mi familia, yo veía eso y yo decía “yo no quiero eso para mí, yo no quiero eso para mí”**.

Elena, 38 años, ES

(¿Cómo se trataban su patrona y su esposo?) Con mucho respeto, allá en el rancho no, no se vive así, **allá puede venir un hombre a gritarle a la mujer, pegarle a la mujer**, si trabaja o no trabaja, no tiene gasto, todavía se vive eso y aquí no.

Sol, 30 años, ES

En ambos testimonios se habla de la violencia hacia las mujeres como si sólo sucediera en las poblaciones de origen. Sin embargo, la violencia se repite en los lugares a los que llegan a trabajar y en donde conformaron una familia. El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia no es respetado en zonas rurales, ni tampoco en zonas urbanas, como indica el siguiente testimonio:

De que era muy infiel, tomaba mucho y pus ora sí que, por lo mismo, yo me imagino del alcohol y de todo, pus si me, me llegaba a golpear [...] Pues es que antes hasta se reía de mi “tú nunca te vas a ir, ay ¿Con quién te vas? ¿A dónde vas dime? ¿Quién te va a recibir con cuatro hijas? O ¿Quién? O ¿Cómo vas a estar?” “pues es que yo no necesito irme con otro, puedo irme y trabajar y estar sola, o sea, no necesariamente estar con otro hombre para que yo pueda estar” pero no “ay si, pobrecita, si como no”.

Paola, 38 años, ES.

El que las entrevistadas cuestionaran la familia y el papel de los hombres en las comunidades de origen (con “*allá sí*”, “*allá se puede*”), permite comprender el discurso de que ya no se asumen como mujeres de su comunidad, ya que se conciben como mujeres de ciudad, y consideran no están en la misma condición que las mujeres de campo, aunque continúen con hombres que realizan los mismos comportamientos que denominaron “machistas”, porque la violencia se repite dentro de sus familias constituidas en la CDMX

Así pues, es importante resaltar que, de las ocho mujeres unidas, o alguna vez unidas, seis aceptaron que estuvieron alguna vez expuestas a la violencia de género. Con respecto a la violencia de hombres a mujeres en la CDMX, las entrevistadas no lo mencionaron como un problema social, no utilizaron frases como “así son las cosas aquí” como afirmaron que es en sus poblaciones de origen, y, al relatar las agresiones físicas o verbales de parte sus parejas sentimentales, lo dijeron como si fueran condiciones particulares o sucesos aislados de la heterogénea sociedad citadina.

El control de las mujeres de mayor jerarquía en la familia y control social

En lo que se refiere al papel de las mujeres, en los testimonios de las mujeres entrevistadas resalta que la mayoría de las familias en las que vivieron eran patrilocales, lo que indica que las residencias de las nuevas parejas son en las casas de los esposos, por lo tanto, el trabajo, los recursos y los hijos pertenecen a las familias del esposo (Freyermuth, 2000:292; Araiza, 2004:140; Arrieta, 2009:43; Hernández *et al.*, 2008:135). Cuando las parejas se unen, son las mujeres las que deben mudarse a casa de los hombres quienes viven en el terreno de sus padres en casas diferentes o en la misma casa. Debido a eso las decisiones son tomadas por los varones de la familia y regularmente son las suegras las que tienen poder sobre las nueras:

(Su suegra) No, no quería que me comprara ropa, ya ve que antes, yo estaba acostumbrada a usar falda con mis medias para salir y ellos me dicen: “¡ay! ¿Por qué, si aquí todas usamos nahua, porque a ella si le compras falda? ¿Por qué a ella sí le compras medias? ¿Por qué a ella le compras eso? Sí, después, a veces lo ignoraba [...] (Su marido a su suegra) pero después le empezó hacer caso porque le dijo: “si tú te vas con esta mujer, tu mujer a vivir a otro lado, vas a hacer tu casa aparte, no te va a tocar un solo terreno” y como él nunca conoció aquí, nunca salió, pues él agarro que los terrenos iban a ser para él y al final le dije: “vamos a trabajar entre los dos, vamos a salir adelante los dos” y no quiso, “no” dice “es que los terrenos van a ser para mí, eso no va ser para mi hermana, va a ser para mí” y yo “bueno, si quieres”, su hermana es la que se quedó todos los terreno, se murió él sin hijos, sin nada.

Marcela, 59 años, ES.

Resalta en este testimonio, que las mujeres recién unidas, no solo cumplen las órdenes de los maridos, también se encuentran bajo la vigilancia de las suegras, quienes son una influencia importante para los hijos con respecto al trato hacia las mujeres. Así lo muestra la frase “*ya cuando veía yo que se secreteaba con mi suegra, ya sabía yo que me iba golpear*”. Lo anterior llevó a situaciones de violencia graves, debido a la posición de vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres al ya no pertenecer a sus familias de (Freyermuth, 2000:292; Araiza, 2004:140; Arrieta, 2009:43; Hernández *et al.*, 2008:135).

Así mismo como en las poblaciones de origen, el poder de la suegra también continúa en la ciudad debido a que se forman de nuevo familias patrilocales. Las

mujeres que fueron al lugar de residencia del marido en la CDMX siguieron bajo las órdenes de la suegra o hermanas mayores, repitiendo experiencias de maltrato:

Pues muy mal me trataba mi suegra y todo eso...

Lucero, 35 años, ES.

No, fue fatal. Sí, una de sus hermanas de hecho, siempre me discriminó, porque me decía que yo era de rancho, que su hermano no merecía una de provincia, que su hermano merecía una de acá, que porque las de acá son mejores mujeres.

Paola, 38 años, ES.

El maltrato de parte de las mujeres de mayor jerarquía a las recién llegadas es consecuencia de ese orden familiar en donde no todos los y las integrantes de la familia se encuentran en una situación equitativa, sobre todo si las mujeres vienen de un escalafón social considerado “más bajo” que el de su pareja, en este caso, su condición de indígenas migrantes.

Al mismo tiempo las mujeres unidas además de estar bajo el control y vigilancia de la familia de los maridos, también se encuentran sometidas al control social de género en la comunidad (Freyermuth, 2000:285; Araiza, 2006:4,5; Arrieta, 2009:41; CONAVIM, 2012:112; Velasco, 2016:160), porque al convertirse en mujeres que les pertenecen a los hombres, ya no pueden (o quizá nunca pudieron) mantener conversaciones con hombres que estén fuera de su círculo familiar:

Los hombres si tienen (amigas), porque si una mujer tiene o la ven platicando con un hombre ya es malo, ya están haciendo cosas malas [...] Pues está mal, porque estamos platicando bien, así de alguna forma, y **la gente piensa mal y ya la gente empieza hablar de uno**, porque es malo ver que una mujer teniendo un marido y **que te vean platicando con otro**, los relacionan. [...] Entre mujeres sí (Se hace amistad), eso sí, pero así entre una mujer y un hombre no.

Lucero, 35 años, ES.

Allá, una mujer puede tener amigos, siempre y cuando esté sola, ya teniendo novio o ya su pareja, su esposo o lo que sea, ya **se ve mal para los de allá**, ya la tachan, tan solo el marido la ve mal, porque por ejemplo, así como es la gente allá, empieza a meter ideas, que si anda o no, de que, muchas cosas, como te digo, allá si hay machismo todavía, de que tú no puedes hablarle a ningún hombre porque ya, ya piensan otras cosas, y el hombre pues si puede hablarle a quien quiera, hombre o mujer, igual, aunque este casado, **pero la mujer no**, a veces cuando es una chavita y va a la escuela, si tienen amigos y todo pero ya cuando

está casada, ya no se les permite eso, tan solo a las mamás o a las suegras, como que ya se altera de ver eso...

Anahí, 23 años, ES.

Más que nada, las mujeres ya casadas, pues no deben de hablar con otro hombre, porque es muy mal visto, ya tienen una aventura, un amante y no sé qué, no respeta al marido, los hombres si pueden hablar con mujeres, ellos sí, pues así, **machistas y todo, la mujer no puede hacer nada pero el hombre si**, por ejemplo los hombres engañan a sus mujeres, todo, pero eso no está mal visto, pero en cambio sí lo hace la mujer, ujule, si lo sacan a patadas, pues ora si de machistas si hay todavía no voy a decir que no, pero, eso solamente la mujer lo permite (Las mujeres son las responsables de sufrir maltratos) Sí, digo más que nada, verlo como mujer, **uno no debe de soportar maltrato**, no tenemos por qué aguantar maltrato de un hombre.

Jandé, 30 años, P.

Estos testimonios de mujeres procedentes de diferentes poblaciones indígenas hablan de la misma situación, la vigilancia social a las mujeres como una constante, además de expresar que “las cosas son de esa manera” en las poblaciones de origen y las mujeres no pueden hacer ciertas cosas que los hombres si, sobre todo si están unidas. Por ejemplo, los hombres mantienen conversaciones con otras mujeres sin reprobación alguna, además de que pueden llegar a sostener relaciones sexuales con otras mujeres fuera del matrimonio, situación que tiene mayor condena social para la mujer, si esto ocurre.

El control que realiza el género sobre los cuerpos implica los comportamientos sexuales, debido a que las prácticas sexuales reafirman los modelos de género, por lo que la sexualidad es política y está organizada a través de sistemas de poder asignados al cuerpo y a su fisiología, estos sistemas de poder recompensan y castigan (Maqueira,2008). Los castigos en los diversos espacios socioculturales por las prácticas cotidianas se aplican en mayor medida a las mujeres. Las mujeres unidas, en las comunidades, representan para la población cuerpos que les pertenecen a sus maridos, por lo cual transgredir la norma (el acercamiento a otros hombres), implica una sanción debido a que ella “pertenece a” y el varón se pertenece a sí mismo, lo que expresa el orden de género en este ámbito.

Mujeres que no estuvieron en una familia como el modelo ideal impuesto

Por lo que se refiere a las sanciones sociales y el control de la comunidad, el que niños o niñas no estén dentro de una familia conformada tal y como es la familia tradicional supone burlas, el hecho de que los padres no asuman su responsabilidad de manutención y crianza de los hijos o que las madres fallecieran, significa que las hijas e hijos reciben desprecios, lo que implica una marca o estigma para los hijos.

Pongamos por casos a tres mujeres entrevistadas cuyos padres no asumieron la responsabilidad de la crianza: Elena, Paola y Anahí. En los dos primeros casos la ausencia de los padres fue debido al fallecimiento de las madres, entonces sus padres contrajeron matrimonio con otras mujeres, por tal motivo *regalaron* a sus hijas, debido a que el cuidado de los y las hijas no es una labor considerada masculina:

Eh bueno es que es una historia muy larga de contar, cuando yo nací mi mamá falleció y mi papá me regaló con una tía y ella se hizo cargo de mí pues desde el primer día de nacida, entonces para mí ella fue mamá, fue papá, ella lo fue todo, entonces pues ella ya era viuda, ya no tenía a su esposo, entonces, pues por la falta de trabajo y todo eso pues ya no pude seguir estudiando yo allá.

Elena, 38 años, ES.

Bueno, lo que pasa es que mi mamá murió cuando yo tenía año y medio, mi papá se casó con otra señora, tuvo otros hijos, otra familia y entonces pues no, no se ocupó de mí, yo vivía con mis abuelitos, de parte de mi papá, pero pues no me gustó y por eso me vine.

Paola, 38 años, ES.

Así pues, los hombres no realizan ciertas labores menos valoradas porque son consideradas exclusivamente femeninas, como la crianza y el cuidado de los hijos e hijas. Por otra parte, en la división sexual del trabajo las mujeres se encuentran bajo las órdenes del marido y encargadas del hogar en un ámbito privado⁶⁴.

El tercer caso es el de Anahí, quien no creció en una familia tradicional. Su padre y su madre no convivían debido a la violencia ejercida por el padre, en

⁶⁴ Lo mismo sucede en su desarrollo personal y espacios socioculturales, las mujeres no son consideradas ciudadanas (Pateman 1995:23, 244, 313; Lamas, 2001:22).

palabras de Anahí, bajo la influencia del suegro, que obligó a su madre a huir llevándose a Anahí con ella a la CDMX. Debido a esa separación, Anahí creció sus primeros años con el estigma de hija de madre soltera.

El que estas mujeres se encontraran bajo el cuidado de adultas o adultos responsables, no fue suficiente para evitar la marginación. Estas niñas al no estar en familias tradicionales recibían constantemente burlas o insultos, sobre todo porque los padres no asumieron la paternidad:

Pues era buen trato con ellos (sus abuelos), pero por parte de los vecinos, o sea de mis compañeros de la escuela y de todos de por ahí, pues era como que malo, porque, por ejemplo, me decían que yo era huérfana, que no tenía yo mamá, que mi papá no me quería, entonces ya no me gustó estar allá, porque siempre me trataron ora sí que mal, por parte de las personas, no por parte de mi familia, pero por parte de mis compañeras de escuela o mis vecinas o mis primas, sí me trataron mal.

Paola, 38 años, ES:

Pues desde que yo tengo uso de razón, mis hermanos me decían que por mi culpa mi mamá había fallecido o sea siempre me culpaban a mí, siempre me decían “es que tú tienes la culpa” y yo decía “es que por qué me dicen eso, dicen que yo tengo la culpa, si yo ni sé que le hice” ellos me decían “matona”, me gritaban y me veían y me decían “matona”, yo veía un policía y me hacía a un lado porque me daba como miedo ver un policía, decía bueno “el policía se lleva a la gente que mata, gente que roba y cosas así, que hacen cosas malas ¿no?”, en mi niñez yo pensaba eso y yo veía un policía y me escondía decía yo no quiero ver un policía, .

Elena, 38 años, ES.

¿Pues qué será? hasta hace como cinco años, que nos vinimos aquí a Chalco y ya de ahí pues mis papás se fueron para allá (A Tlapa) y sí me trataban mal, me decían de cosas, porque no tenía yo un papá, y pues si se siente feo, porque yo siempre deseé tener un papá, o por lo menos platicar con él aunque sea de lejos, para que me llame o cosas así, fue una etapa de mi vida, se podría decir que me dolió mucho, conforme más iba yo creciendo, más me dolía, más extrañaba yo no tener a mi papá y todo feo, ya poco a poco fui superando eso.

Anahí, 23 años, ES.

En todos estos casos las mujeres en su niñez fueron consideradas las culpables de la orfandad, la separación y el abandono paterno, ya fuera por la familia o los vecinos, ellas cargaban con el estigma de ser huérfanas o abandonadas. En sus espacios de residencia, fueran rurales o urbanos, se les responsabilizaba de su situación familiar y se les cuestionó su honorabilidad.

En efecto los hombres y las mujeres, en las poblaciones de origen de las entrevistadas, son valorados de diferente manera, y donde cada uno tiene una posición social y familiar regida por las diferencias de género. Además, ellas señalan (A excepción de Mariana, Marcela y Marlene, quienes son las mujeres de mayor edad) que es el machismo el que rige las relaciones intergeneracionales. La palabra “machismo” fue muy utilizada por todas las entrevistadas, sin embargo, a pesar de que consideran que la posición masculina en sus comunidades vulnera a las mujeres dentro de las relaciones familiares, la mayoría siguen considerando a la familia tradicional como un eje que mantiene el funcionamiento social.

“No tengo porque estar aquí”: estrategias de resistencia

Las mujeres entrevistadas no hablaban de ciudadanía, ni tenían un discurso de derechos, a pesar de eso expresaron la inconformidad que sentían al haber experimentado relaciones violentas, por lo que algunas realizaron acciones para cambiar esas circunstancias. La decisión de tales actos tuvo un costo, debido a que la jerarquía masculina y el clasismo fueron las barreras principales a las que se enfrentaron al querer defender su derecho a una vida libre de violencia.

Cuando las mujeres ya no soportaban la violencia a la que estaban expuestas, apelaban a la ayuda de fuerzas superiores para adquirir confianza, para así atreverse a tomar la decisión de ponerle fin a relaciones que solo causaban daño emocional y físico:

Pero yo no podía estar sola, no podía yo hacer nada sola, ya cuando vi muchos problemas, ya no podía yo estar ahí, yo le pedí mucho a Dios, le decía al Señor, “déjame salir, ayúdame salir”, no sé cómo, le dije que saliera yo de ahí, “¿sí es para mí este matrimonio? yo tengo muchos problemas, **no tengo porque estar aquí**”, ya fui, orando, orando toda la noche. Después él fue traer zacate con el caballo y ese día se tardó mucho, me dio tiempo para salir y me siguió mi suegra, pero en ese momento estaba peleando con su hija y ya no me hizo caso, le hizo caso a la hija y ya no me siguió a mí, fue ese día cuando salí, salí con la niña, pero la niña me la fue a quitar él, me sacó la pistola y dijo: “si no me entregas a mi hija”.

Marcela, 59 años, ES

En este testimonio la petición a una fuerza superior, se interpreta como el reconocimiento a una vida libre de violencia, “no tengo porque estar aquí”, es una

frase que indica la importancia de reconocer que no merece el trato que le daban en la casa del marido, y fue un soporte emocional al tomar la decisión de separarse.

Aja, sí, y entonces llegó un momento en que ya abandoné mi hogar, agarré a mi hija y ya, después pues ya se quedó con mi hija, ya entonces cuando ya pasó como un año [...] mientras yo trabajaba, se la estaba dejando una señora a que me la cuidara y esta persona me traicionó, buscó la familia de mi hija y la entregó.

Lucero, 35 años, ES

En las mujeres de este estudio al tomar medidas que terminan con el modelo impuesto de familia implicó en algunos casos la separación de ellas y sus hijas, no por abandono, sino porque las parejas que ejercían la violencia aplicaron estrategias para castigar a las mujeres con lo que consideraron que les pertenecía, arrebatando a las hijas o robándoselas⁶⁵.

Las mujeres entrevistadas tuvieron nociones de sus derechos⁶⁶ al decidirse a tomar acciones legales contra los padres de sus hijas, sin embargo, al buscar ayuda en los organismos que impartían la justicia, no tuvieron el apoyo que necesitaban, sobre todo por falta de recursos económicos:

En Zitácuaro, en el municipio, me pedían cuatro mil pesos, para que me entregaran a la niña “si tu das los cuatro mil pesos, ahorita inmediatamente vamos a que tu marido te entregue a la niña” y yo no tenía y me dijo: “si no, tráeme tus papeles, tu acta de matrimonio”, ¿quién sabe que me dijeron? Y ya mientras que metimos papeles y todo, no tardó la niña, se murió, un mes nada más duró.

Marcela, 59 años, ES.

Si los demandé, pero como quien dice, tienen dinero, o sea que se vendió la autoridad, eso es lo que me choca, pues la verdad, me caen gordos porque no hacen nada, a los que necesitan no les ayudan y los que no necesitan les ayudan, pues me dijeron que no, que porque yo no tengo para mantenerla, entonces pues yo ya dije “bueno, pues ya chin por la paz”, y entonces ya empecé a trabajar de planta otra vez.

Lucero, 35 años, ES

⁶⁵ Juliano (1996) resalta que es importante hablar de las distintas estrategias culturales para negociar con los que las oprimen. Las mujeres de los estratos menos favorecidos comparten los mismos marcos de referencia del grupo que las margina, no crean una cultura propia, ni interiorizan por completo los significados del sistema dominante, sin embargo, generan su propia forma de ver el mundo e interpretarlo y son en cierto modo inquisitivas con el sistema que domina, al generar conductas o mensajes alternativos (Juliano, 1996:17,113).

⁶⁶ Pero ese reconocimiento de derecho se relaciona con la maternidad.

Las autoridades no actuaron, debido a que estas mujeres no tenían recursos económicos para “acelerar” los procesos burocráticos, lo que demuestra la poca capacidad y voluntad política de parte de los organismos de impartición de justicia para defender los derechos de las mujeres, sobre todo ante la vulnerabilidad económica y social. En esos lugares se encuentra personal poco capacitado para atender con perspectiva de género y perspectiva interseccional, lo que provocó en las mujeres sorpresa, impotencia y resignación al no poder recibir ayuda de parte de las autoridades⁶⁷

Otra forma de actuar de los hombres para vengar la separación o el que las mujeres se nieguen a cumplir sus deseos, es el no asumir su obligación económica para con las hijas. Un ejemplo es el caso de Mariana quien después de separarse, recibía un techo y gasto mensual para la manutención de sus hijas, a cambio de mantener relaciones sexuales no deseadas con el padre de sus hijas. A partir de que se negó a tener relaciones sexuales, su marido dejó de otorgarle dinero. Además, también tomó la decisión de que su marido dejara de agredirla físicamente, enfrentándolo, debido a sus creencias religiosas:

ya al último ya cuando conocí el evangelio, dice la biblia que nuestra lucha no es contra carne ni sangre, sino contra potestades gobernadores de maldad y bueno yo decía, pues para mí, Albarrán(su esposo) era un espíritu nocivo, un espíritu malo y entonces, empecé a decirle “no te tengo miedo” y me decía “no me digas que no me tienes miedo” “que quieres ya no te tengo miedo”, yo le decía que no tenía miedo pero la verdad sí, y fue cuando me dejó de golpear (Mariana, 70 años, ES).

Marcela tenía un cónyuge al cual mantenía, él no quería irse de la casa, ella lo demandó para que saliera de su vivienda, a cambio él nunca entregó pensión alimenticia para la manutención de su hijo. Otro ejemplo es el caso de Paola, quien se separó con la ayuda del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar

⁶⁷ A pesar del ejemplo anterior, en la actualidad los Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) cuentan con un área donde las mujeres pueden recibir apoyo legal y psicológico para poder terminar con las relaciones destructivas. Una de las entrevistadas llegó a este lugar debido a que un vecino suyo, la acompañó obligándole de esta manera a presentar la denuncia y recibiendo protección del sistema de justicia: *La hoja de restricción, una orden de restricción, para que no se me acercara, y me mandaron con el psicólogo, por todo lo que pasé, me empezaron así como ahorita, me preguntaron mi vida desde niña y pues les dije todo lo que había pasado y me dijeron que necesitaba atención psicológica (Paola,38 años, ES)*

(CAVI), pero el costo de esa separación es tener una doble jornada laboral, debido a que el padre de sus hijas no piensa otorgarle una pensión económica⁶⁸:

La pensión, lo que pasa es que su papá de mis hijas es panadero, trabaja en panaderías Esperanza, pero supongamos que por parte del IMSS le pagan solo mil pesos los viernes a la semana, por vía nomina, pero por fuera en sobre le pagan más, tres mil, cuatro mil, cinco mil, pero entonces él me dijo “si quieres méteme la demanda al final de todo te voy a dar una miseria, una limosna” dice “porque cuanto es lo que gano, mil pesos y que eso lo dividan, no creo que te dé yo los mil pesos porque si no yo con que me voy a quedar, pues si quieres limosna, pues métela” entonces como me lo dijo de esa forma, pues dije “ay, yo mejor prefiero trabajar y darle lo que pueda a mis hijas a estarle viendo la cara”.

Paola, 38 años, ES

Ante la corrupción por parte de las empresas al declarar que sus trabajadores tienen un sueldo menor de lo que realmente ganan, se prestan a que las pensiones que les corresponden a las mujeres, por llevar la crianza y la manutención de las hijas y los hijos sea menor a lo que realmente corresponde. En este testimonio la mujer prefiere no exigir lo que le corresponde por evitar una confrontación, sobre todo con los comentarios de parte de su expareja que desalientan el que pueda exigir un derecho que le corresponde, las burlas del excónyuge muestran la seguridad que tiene de su posición fiscal, convencido de que las autoridades no lo investigaran.

Cuando las mujeres decidieron terminar con relaciones violentas, implicó para ellas vivir la injusticia de parte de sus maridos, quienes presionaron arrebatándoles a las hijas, o desatendiendo sus obligaciones económicas que les corresponde como padres.

Las autoridades tampoco actuaron en favor de las mujeres que levantaron denuncias. Algunas no denunciaron convencidas de que, al no tener medios económicos para mover una demanda, solo perderían su tiempo. Además, las experiencias de otras mujeres que realizan acciones penales sin resultados, las desalienta a que quieran ejercer sus derechos.

⁶⁸ Además, su marido también la amenaza con quitarle a sus hijas.

Como se unieron a sus parejas para formar familias

La familia tradicional al ser considerada como importante, es un objetivo en la vida femenina que influye en llevar a término embarazos no planeados, por lo que el inicio de la vida familiar comenzó de imprevisto para la mayoría de las mujeres unidas:

Bueno sí, en esos tiempos, pues no me gustaba, cuando tenía 14, 15 o 20 años, no me gustaba, ya sea de casarme y eso, no me llamaba la atención [...] (¿Cómo conformó a su familia?) Cuando éramos novios tuvimos relaciones, entonces yo me llegué a embarazar, en el proceso del embarazo organizamos la boda, nos casamos ora sí que precipitadamente antes de que el niño naciera”.

Sol, 30 años, ES.

Nunca pensaba yo “voy a tener hijos”, siempre trabajaba en el campo, siempre, siempre, en el campo, diario, diario la milpa, solo eso, pero quien sabe cómo fue y ya (se ríe) [...] “Ah, luego me regañaba (su mamá) y dijo “¿por qué te metiste...? ¿Por qué metiste la pata?” “no”, le digo, “yo sé cuidarla (a mi hija), no te estoy diciendo que tú la vas a cuidar” “yo le voy a dar gasto”.

Marlene, 53 años, ES.

Me embarace de mi hija a los 18, al mes (de juntada) me quedé embarazada, pues no lo planeé, pero pus ya estaba hecho el embarazo y todo, pues yo creo que lo planeamos los dos, pues es más, yo creo que no lo pensamos (se ríe).

Lucero, 35 años, ES

En los testimonios se puede ver que los embarazos no planeados fueron motivos para realizar alguna acción que cambiara el rumbo de su trayectoria. En el primer caso la pareja se unió en matrimonio, en el segundo fue el motivo principal de que la mujer dejara su pueblo por primera vez para poder encontrar el sustento de su hija, en el tercero la mujer nunca planeó el ser madre, dice que no se visualizaba casada. Lo que muestra que no había un proyecto en sí, las historias de sus noviazgos, uniones y sus embarazos lo reflejan, su formación de familias fue una sucesión de hechos conformados por las circunstancias. Las mujeres fueron navegando por las circunstancias que se les fueron presentando.

Las mujeres navegaron para llevar a cabo sus uniones, ya sea por ciertas circunstancias, resultado del deseo de experimentar o a causa de embarazos no

planificados. Lo anterior no significa que realizaran sus acciones sin sentido alguno⁶⁹, lo hicieron de acuerdo con las circunstancias en las que se encontraban.

Las mujeres no unidas a las cuales se entrevistó, las cuales eran las más jóvenes, tienen una forma de ver a la familia, o asumir la maternidad, como algo que no puede ser improvisado y que debe ser parte de un proyecto de vida, lo que se describirá en el siguiente apartado.

Mujeres, maternidad e hijos

En los discursos de la maternidad, las mujeres entrevistadas expresan las valoraciones sociales de la mujer. Las mujeres de este grupo no denominan la maternidad como instintiva -ni como construcción social-, pero si la consideran como irrevocable y como un rasgo característico que completa a la mujer. Sin embargo, aunque tienen una idea general de la maternidad, el cómo llegar o llegaron a ser madres y lo que significa, se relaciona con su edad, sus experiencias y sus circunstancias de vida.

Planear la maternidad

En el caso de las mujeres más jóvenes, el tener hijos o hijas y vivir la maternidad lo consideran parte de unos planes visualizados y concretados a futuro. De esta forma, el ser madres es expresado como algo planeado y no resultado de un embarazo no deseado. Dos de las tres mujeres más jóvenes, aún no se encuentran en convivencia diaria con sus parejas, porque han postergado el hecho de vivir con alguien.

Es necesario resaltar que las mujeres más jóvenes unidas o no unidas, llevan bastantes años fuera de sus comunidades de origen, así que su modo de pensar

⁶⁹ En los testimonios de las mujeres se puede ver los motivos para y porque de Shutz(1999:24), que son los que profundizan en los actos de las personas, tomando en cuenta el punto de vista subjetivo, porque cada uno refleja un tiempo, los motivos para son el futuro y los motivos porque el pasado, por ejemplo como el futuro que según su experiencia las mujeres no unidas desean trazar, y los motivos porque son las razones que llevaron a las mujeres unidas a realizar ciertas acciones que quizá su sentido no sea comprensible con toda claridad, pero fueron suficientes para enfrentar las situaciones en las que navegaban, sumado a las estrategias con las que se mantiene en esta sociedad.

respecto a la maternidad esta permeado no solo por sus circunstancias, sino por sus condiciones socioculturales. De alguna manera sus discursos de cómo y en qué momento ser madres han tenido la influencia de los discursos que circulan en los espacios en la CDMX⁷⁰.

Así mismo al percibirse ellas mismas a través de los discursos hegemónicos de la CDMX, las jóvenes van construyendo sus proyectos de vida. Cada uno de sus planes son distintos para cada una ellas basados según sus vivencias y circunstancias. Por ejemplo, la historia familiar influye en el proyecto de maternidad y la idea del matrimonio con hijos, se expresa como un evento que se da en el momento adecuado para la mujer y su pareja:

(¿Piensa ser madre?) Pues tal vez algún día, pero muy lejano, porque, o sea, como te digo, yo estoy entre dos familias, digamos una buena y la otra no tanto y a mí me da miedo eso, que yo viva igual o, que, pues no sé, que mi pareja, sea una persona así, un machista o mujeriego o que tenga algún vicio, a mí me gusta más estar así, sola. Tal vez si tengo mi novio y todo pero hasta ahí, o sea no, no pienso más allá de eso [...] (su novio) el también tienen ganas de superarse, es lo que me gusta, que por ese lado, los dos tenemos ganas de hacer algo más, porque ahí es muy difícil que hagas algo(en Tlapa), una carrera, allá lo máximo que una chica puede hacer, pues es la prepa y de ahí pues ya no más, pues allá no hay trabajo a menos que salgas a otros lados, pero hay papás que no dejan que sus hijos salgan a estudiar no, pero sí me gustaría superarme.

Anahí, 23 años, ES

El desarrollo personal es un motivo por el cual estas jóvenes dicen no querer asumir responsabilidades de maternidad y paternidad. Con superación, se hace referencia no solo a la adquisición de conocimientos académicos, sino también a la movilidad social, uno de los motivos por los cuales la gente toma la decisión de dejar las comunidades de origen. Así también en la CDMX emerge el discurso de que los hijos pueden dificultar los proyectos del futuro, estos discursos tienen una influencia en la construcción de los planes⁷¹ de las mujeres jóvenes.

⁷⁰ La postergación de la maternidad y la disminución del número de hijos e hijas son considerados deseables en las sociedades industrializadas, esto se está volviendo una práctica generalizada (Juliano, 2004:54), sobre todo en centros político y económicos como la CDMX en donde las campañas del Consejo Nacional de Población, (CONAPO) tienen una influencia en el cambio de comportamiento reproductivo como se menciona en el capítulo II.

⁷¹ Mensajes que se transmiten en las campañas publicitarias dirigidas a los jóvenes con respecto a los embarazos no deseados

En el caso de las mujeres ya unidas, ellas toman estos discursos y los hacen parte de sus decisiones de vida, al expresarse acerca de un siguiente hijo no planeado (aunque el primer hijo fue en esas circunstancias), como un acontecimiento que no permitiría a la familia alcanzar sus metas económicas, ni para ellos ni para su hijo:

No, pues no sé, por el momento, no tenemos esa idea de tener otro hijo, tampoco es seguro, porque a lo mejor que él tenga diez años me arrepiento y digo “sí quiero otro hijo” y ya, tal vez podría. O ya no sé si pueda, ya tendría yo cuarenta y tantos años, ah no, tendría menos, digamos que si, por ejemplo, me decidiera a los cuarenta años, yo lo que quiero es trabajar y trabajar y comprar un terreno, hacer una casa, o por ejemplo más adelante apoyarlo en los estudios y pues otro bebé pues ya no me va a dejar trabajar, ya cambia drásticamente las cosas.

Sol, 30 años, ES

Otro motivo para evitar la maternidad es la salud, Jandé tal y como se vio en testimonios anteriores no ve la maternidad como parte de su plan de vida, ya que considera que su condición de salud (la epilepsia) podría ser hereditaria:

La verdad, no, no está en mis planes tener hijos, pues por lo mismo, por lo que padezco, porque dice el doctor, viene de generación a generación, pues, puede ser que mi hijo nazca con ese problema o hasta la tercera generación se manifieste, pues no sé la verdad y el mundo, como estamos viviendo, no me encantaría traer un hijo así.

Jandé, 30 años, P

A lo que se refiere con lo anterior, es que la maternidad significa la posibilidad de tener que lidiar con problemas de salud heredables, aunado al peso social que tiene el discurso médico, sobre todo viviendo en un lugar donde el acceso a la salud también es un rasgo de movilidad social (con mayor razón si se pagan por estos servicios de salud, tal y como hace Jandé). Otro punto es el discurso de la catástrofe en el mundo, relacionado con las pésimas condiciones no sólo climáticas, sino también sociales, ideas que circulan en los medios o en las congregaciones evangélicas, como a la que pertenece Jandé.

Retomando el testimonio de Anahí acerca del por qué posterga la unión, sobre todo la maternidad, el miedo a que la persona con la que decida una unión actúe de una forma irresponsable, es motivo por el cual dice preferir la “soledad”. El no

tener hijos y hablar de soledad no es tan castigado como cuando se lleva el peso de la maternidad sin estar unida con un hombre.

Además, la importancia de no llevar la carga de la responsabilidad “sola”, es uno de los motivos principales del por qué no desean ser madres o no se sienten preparadas para serlo. Al encontrarse en circunstancias adversas, las mujeres “solas” y sin suficientes recursos, tienen obligaciones económicas con la familia, lo cual vuelve más complicada la maternidad, sobre todo lo que significa la maternidad “sola”:

El ser mama, hijole, (tose), pues lo veo como muy difícil, porque, bueno no sé, yo como hija veo que ser mamá es difícil, porque mi mamá me decía “es que tengo que trabajar, porque si no cómo te mantengo, cómo pago tu escuela, cómo esto y cómo aquello” y más siendo madre soltera, mucho más difícil, bueno no sé yo siento que es difícil, porque te digo, como mi mamá estaba sola, pues yo lo veo difícil, no sé si llegase a tener hijos, que todavía no tengo planes, me da miedo. Porque yo he visto el caso de mamá principalmente, que no es fácil, no es fácil tener a un hijo, si es bonito, bueno lo vi con mamá, tuvo a sus hijos y fue bonito y todo pero muy complicado, es algo difícil, más que nada mantenerlos y sobre todo darles una educación, porque yo he visto muchos niños en la calle, drogándose o robando, o sea muchas cosas, porque me imagino que no les dan una buena educación o no sé porque sea, me da miedo todo eso, a mí me da miedo **no saber ser mamá.**

Anahí, 23 años, ES.

La responsabilidad del éxito, pero sobre todo del fracaso de los hijos y las hijas le es atribuido al papel de la madre (Juliano, 2004: 51), como si esta situación dependiera del “saber ser mamá” tal como lo cuenta Anahí. La experiencia propia como hija de madre soltera y la experiencia de su madre, tuvo un impacto en la forma en como esta joven subjetiviza lo que para ella significa ser buena madre y en la construcción de su proyecto de vida⁷².

En los discursos de la maternidad sin compañía masculina, se considera que los hijos, están expuestos a mayor riesgo de afectar su desarrollo emocional e intelectual, como señala el testimonio anterior. Son discursos que atribuyen la culpa a la madre en los casos de ser una familia monoparental. Sin embargo, no

⁷² La idea de que la maternidad es una “bendición” dentro de la familia tradicional, con el apoyo de la figura masculina, es un modelo obligatorio, lo que otorga una posición de castigo a la mujer, que se atreve a enfrentar sin compañía masculina la maternidad (Juliano, 2004:82).

existen pruebas de que las familias con una sola progenitora sea la causa de problemas en el desarrollo emocional de hijos e hijas (Juliano, 2004: 84).

Entonces al construirse la maternidad como un suceso que implica riesgos afecta su lucha por las condiciones sociales y sobre todo económicas actuales, además de poder representar un riesgo a la salud o la posibilidad de llevar toda la carga emocional y económica de la crianza sin la presencia de un hombre, estos son motivos por los cuales las más jóvenes de las entrevistadas postergan la maternidad o el siguiente hijo.

¿Por qué fui mamá?

Las mujeres entrevistadas señalaron cómo formaron sus familias. Los testimonios de estas mujeres sugieren que las uniones se dieron a partir de embarazos no planeados. Las mujeres relataban lo sucedido con frases como: *“no me gustaba así, de este, ya sea de casarme y eso no, no me llamaba la atención”* *“Nunca pensaba yo que voy a tener hijos”* *“yo creo que no lo pensamos”*. Estas expresiones no implican que las mujeres llegaron a plantearse el negarse a la maternidad, lo que sugieren es que la maternidad era considerada para ellas como algo que debía de suceder, aun *“sin pensarlo”* o meditándolo.

Es así como las mujeres entrevistadas asumen la maternidad al momento de un embarazo no planeado, aunque no lo hubieran *“pensado”*. Es decir, estas mujeres se encuentran condicionadas bajo discursos acerca de lo que significa la maternidad. Como en testimonios anteriores, se resalta el miedo al *“no saber ser mamá”*, que hace referencia a no ser una madre tal y como lo piden los discursos del sistema mítico de naturalización de las conductas femeninas, una madre con amor maternal. No obstante, llegan a preguntarse a sí mismas, por qué fueron madres jóvenes:

(La maternidad) Pues es algo muy bonito, siempre y cuando lo planees, siempre y cuando este dentro de tus planes, porque si no lo planeas, como que se te hace difícil y más ahora para las mamás que son muy jóvenes, yo lo digo por experiencia, fui mamá muy joven y es como que muy difícil, tener una responsabilidad, porque se te enferma y no sabes ni que hacer, llora y no sabes

porque llora y pasan así cositas que uno dice “ es que yo no...” a veces uno piensa “¿Por qué fui mamá? Si no se atender a un hijo” es que uno no, no piensa uno, no ve lo que puede suceder o sea uno de chamaca que puede hacer con un bebé, cuando mi hijo se me ponía malo yo corría con mi mamá, porque decía, nada más que mi mamá me puede decir que hacer y así como que si es muy difícil ser mamá joven, es muy difícil”.

Elena, 38 años, ES.

La inexperiencia y la edad temprana a la que estas mujeres fueron madres las lleva a preguntarse por qué asumieron ese papel, lo que sugiere el “no pensar”, como el no reflexionar la maternidad, la cual la ven como “destino” y no como una opción, antes de llevarla a cabo. El “no pensar” en la maternidad es un equivalente de no planear en qué momento tener o no tener hijos.

Existen ciertos discursos que son tomados también por las mujeres, quienes los reproducen al referirse a sus propias decisiones (o a las de otras mujeres), acerca de “aceptar” la maternidad a una edad temprana, como algo “no pensado”, sin plantearse la maternidad como una opción que pudieron no haber elegido. Además, el que las mujeres carezcan de alguien con quien compartir la carga económica y emocional de criar a los hijos, lo mencionan como un hecho que lo dificulta demasiado, por lo cual una de sus reflexiones es el “pensar” la maternidad antes de realizarla.

En el caso de estas mujeres la palabra “aceptar”, hace referencia a cuando se encontraban frente a un embarazo no planeado, asumieron la maternidad, porque otra opción como el aborto, es desaprobada por ser contraria a los discursos de “ser mujer”.

Al mismo tiempo se debe reflexionar sobre la dificultad de evadir la maternidad, sobre todo si es de las pocas opciones de vida, con la que cuentan mujeres en situaciones adversas o de desventajas económicas, no prolongan la escolaridad y por lo mismo se incorporan al mercado laboral en condiciones insatisfactoria, por tal motivo las opciones están en ser o no ser madres (Lerner y Szasz, 2013: 55). Aunque la opción de ser madres, la lleven a cabo con obstáculos económicos y sociales, los cuales repercutirán en los hijos y las hijas.

La maternidad como experiencia positiva

A pesar de las circunstancias en las que viven o han vivido la maternidad, las valoraciones acerca de la misma son positivas. La mayoría de las mujeres se expresan acerca de la maternidad con aprobación, que si bien como se vio en testimonios anteriores la consideran como una tarea bastante difícil, no dejan de referirse a ella con el adjetivo de “bonito” y no solo de esa forma:

Pues si para mí, desde el momento si ha estado muy bien, como **una bendición**, mi hijo es una bendición, mi esposo también es una bendición, porque estamos bien, todo marcha bien, porque o sea si fueran problemas, es algo que ya no quisiera uno tener, bueno en mi caso yo no quisiera tenerlo[...]Si, pues si es una bendición, es algo bueno, es algo que se aprende, se vive en la vida [...] Ah pues, si siente, por ejemplo te digo, si **está bien, es feliz, es felicidad**, pero también depende, también, de cómo es la vida de la familia, de la pareja”.

Sol, 30 años, ES.

Pues ser mamá para mí, pues es **lo más hermoso** que me ha pasado en mi vida, porque pues a pesar de que yo no tuve a mi mamá, yo siempre dije que a mis hijas yo las iba a **amar siempre**, las iba yo a cuidar y pues, las iba a defender siempre.

Paola, 38 años, entrada por salida

Estos testimonios tienen en común, el que la maternidad es vista como satisfactoria. Sin embargo, el primero señala que esto depende de las circunstancias se viva la maternidad.

El hecho de contar con la presencia masculina otorga a la maternidad la connotación de bendición (Juliano, 2004:82). El segundo testimonio habla del amor abnegado, porque para muchas mujeres la maternidad es aceptada de forma “abnegada, amorosa y como natural de su sexo” (Lamas, 2001: 22).

Esa atención a las necesidades de los otros⁷³, que regularmente son las parejas y los hijos e hijas, dirige los esfuerzos femeninos hacia la satisfacción de las necesidades de éstos, además de que, así como la maternidad tiene una

⁷³ Lamas (2001) señala que se debe considerar que son muchas las madres que trabajan para sostener a sus hijos y delegan el cuidado de los niños en madres sustitutas, que por lo común son las hijas mayores, tal y como ellas alguna vez fueron madres de sus hermanos (Lamas, 2001:22). En contraste Juliano citando a Mead (2004) menciona que en el pueblo mundugumor, de Nueva Guinea, las mujeres negándose a aceptar la maternidad dejan también al cuidado de sus hijas mayores a sus hijos más pequeños, sin desarrollar sentimientos de culpa (Juliano, 2004:47). En nuestro grupo de estudio algunas mujeres tienen que confiar el cuidado de sus hijas más pequeñas en las hijas mayores, para poder ir a trabajar.

connotación positiva, la visión acerca de los hijos se relaciona bastante con uno de los ámbitos asignados a las mujeres, el del amor maternal.

Pues me siento feliz, feliz pues a final de todo son mis hijas y pues las amo, pero pues sí.

Paola, 38 años, ES

Pues ahorita para mí el amor es ella, si porque nomas ella me tiene a mí y yo pues a ella [...] Pues creo que para mí criar una niña es normal, porque hasta le hecha uno más ganas.

Lucero, 35 años, ES

De mis hijos no puedo decir nada, porque pues sí los quiero, los quise, los quiero, pues deseé tenerlos, pero no, este, pues no tuve una vida muy buena.

Perla, 53 años, ES.

Los hijos representan lo que se desea sin importar las circunstancias, lo que se ama a pesar de todo⁷⁴. Sin embargo, el imaginario en el que se construye la maternidad les exige a las mujeres ser las principales encargadas del cuidado de los hijos y, si la situación así lo requiere, también de la manutención, lo cual puede complicarse más para estas mujeres, sin las condiciones sociales y económicas para realizarlo con menos complicación⁷⁵. También expresan que los hijos y las hijas se convierten en un aliciente⁷⁶ y el remedio a la soledad:

Pues sí, sí porque pues como yo de parte de mi papá y mi mamá soy hija única, entonces pues la verdad pues si me siento sola y pues le digo a mis hijas ahora sí que sí que a mí me llegara pasar algo, ustedes son cuatro, se pueden ayudar.

Paola 38 años, ES.

Para que tengas con quien platicar o quien te cuide cuando estés enferma, porque no todos quieren cuidarte, a fuerza tiene que estar tu hija ahí. Sin hijos “ah me siento sola”, sí, porque no tengo hijos aunque tenga mi marido (se ríe)”[...] “Yo digo, tener dos para que platiquen ellos, pero si no se puede, ya ni modo, aunque sea dos, pero nomás una quedó y hay menos gasto (se ríe) porque los gastos... unos dos, tres, tres niños y niñas está bien, ...

Marlene 56 años, ES.

⁷⁴ Según Lamas (2001) amor abnegado hacia los y las hijas es un discurso que refleja la doble intención que conlleva la maternidad, En el espacio privado, una mujer puede ejercer poder, aunque llegue a subordinar a su prole de la manera menos adecuada (Lamas, 2001: 22), Sin embargo, la adopción de un discurso como este puede resultar como estrategia, para sobrellevar las situaciones no deseadas.

⁷⁵ Ante esto Juliano (2004:52) plantea la pregunta acerca ¿Qué papel se les exige a las mujeres, cuando se les pide que entreguen su vida a ser madres y luego se juzgan duramente sus resultados?

⁷⁶ Así mismo el que los hijos representen el objetivo del amor maternal, lo que se desea debido a que se considera que la maternidad es destino irrevocable producto de la “naturaleza de la mujer” y no como una opción (Juliano, 2004:46).

La soledad es la amenaza para las mujeres que no llevan a cabo los modelos impuestos de ser mujer, sin embargo, el asumir la maternidad no garantiza a las mujeres tranquilidad y apoyo en los últimos años de su vida (Juliano, 2004: 57). Sin embargo, en los testimonios se habla de la soledad de una hija o hijo único y también de la “soledad” de no tener hijas e hijos, porque representa que nadie se hará cargo de ellas en momentos de dificultad o en los últimos años de su vida.

Las entrevistadas unidas y con hijos e hijas, afirmaron que alguna vez tuvieron un número ideal de hijos. Por ejemplo, algunas deseaban menos hijos de los que tuvieron, por eso los últimos embarazos eran tomados con incomodidad y otras dicen que tienen el número de hijos que desearon. Pero en general el número deseado de hijos va de no tener ninguno, por circunstancias de salud, o más de dos para que no estén “solos”. En los planes de las más jóvenes, expresan que un hijo es suficiente para darle lo necesario y que logre otro tipo de vida:

Ah, sí, yo quiero que él estudie, eso sí, que él estudie, que él tenga algo bueno en la vida, o sea no sé qué quiera hacer, no es que yo quiera que él sea, sino que él ojala que sí llegue a alcanzar algo así, algo bueno [...] (¿si no quisiera estudiar?) Ay no, no sé, pues ya no sé qué haría yo, pues en que va a terminar, como su papá trabajando ¿en qué?, o sea es empleado. No es que sea jefe, pero que, si tenga un buen trabajo, una vida digna de vivir así de que tenga un buen sueldo.

Sol, 30 años, ES

Pues hay muchas cosas que yo quiero que sea para ella, que saque puro diez, que le eche ganas a la escuela y que sea alguien en la vida, sí y eso es lo que le hago creer, que no se deje...

Lucero, 35 años, ES

El deseo de desarrollo personal vuelve a aparecer en los discursos de las mujeres, con frases como el que “sea alguien en la vida” o “una vida digna”, que significan que el niño y la niña no repitan la posición social de su madre y padre, que alcancen mayor grado escolar, pero sobre todo una solvencia y seguridad económica, algo con lo que difícilmente cuentan las mujeres participantes y sus parejas. Además, es una manera de expresar el cómo perciben el juicio social hacia ellas, en una sociedad clasista y racista.

Todas las participantes al expresar qué esperaban para sus hijos, decían lo mismo, que sus hijos e hijas en un futuro tengan una posición social y económica

mejor de la que ellas tienen. Las que tienen vástagos adultos y adultas mencionaron que se hizo lo que se pudo, que por ellas “no quedó”, manifestando que dieron su mejor esfuerzo para que ellos y ellas llegaran a otra posición, justificando el que éstas y éstos no tuvieran lo que socialmente consideran movilidad social (dinero y estudios). Como lo que señala Juliano (2004) a las mujeres se les impone que otorguen todo su empeño para con los hijos y se les exige que tengan un resultado exitoso.

Con respecto a las que deseaban menos hijas e hijos de los que tuvieron, se debió a ciertas circunstancias de salud, debido a la poca o nula información que recibieron de parte del personal de salud en las instituciones donde eran atendidas, no se les ofreció anticonceptivos en los casos que presentaron problemas ginecológicos, así como, la falta de conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos:

Pues sí, yo pensaba quedarme nada más con esos tres, yo dije no “ya namás con ellos” pero, le digo yo no esperaba la niña, pero pues vino, ni modo bienvenido.

Perla, 53 años, entrada por salida

Desde la segunda hija pensaba en controlarme porque no quería más hijos, pero me separé y no pensaba que iba tener otro, menos que también iba a tener otra niña por lo del quiste, pero está bien.

Elena, 38 años, ES

El número deseado de hijos también se expresó respecto a las circunstancias en las que se encontraron en determinado momento⁷⁷. No obstante, tuvieron más de los hijos deseados porque aceptaban la maternidad, consideraban que, si el embarazo ya estaba presente, el destino era irrevocable (Juliano, 2004), por lo cual la reproducción también lo era. La maternidad se encuentra ligada a la reproducción y es en la reproducción (sobre todo en la femenina) donde se juegan estereotipos culturales que condicionan nuestra conducta, muy arraigados al género, sumado los procesos psíquicos que las personas pasamos (Lamas,

⁷⁷ Perla señala que con esos tres era con los que “pensaba quedarse”, desde que tuvo a su segunda hija, ya considerada el comenzar a controlar sus embarazos, al igual que Elena quien también relató el haber tenido el mismo deseo de controlar sus embarazos desde la segunda hija, sin embargo, ambas mujeres llegaron a tener cuatro hijos e hijas.

2001:34). De esa forma el deseo de tener menos hijos se vuelve irrelevante, en el discurso de las mujeres.

La maternidad como experiencia difícil

La maternidad ha sido una manera de situarse socialmente para las mujeres de este estudio. Sin embargo, las mujeres expresaron lo difícil de la maternidad, lo cual muestra esa exigencia social que se les hace a las mujeres acerca de su papel como madres. La mayoría de las mujeres destacaba la importancia de la presencia masculina responsable, sin esa presencia la maternidad es vista como complicada:

Uy, pues muy difícil, muy difícil porque, pues no tuve un marido bueno, si trabajó siempre, pero tomaba mucho, entonces por eso nos dio una vida no muy buena, entonces por ese motivo es que yo siempre he trabajado, para sacar adelante a mis hijos, porque si yo nomás dependiera de él, jamás nunca hubiera salido.

Perla, 53 años, ES.

Pues a mí sí me hubiera gustado tener mi niña, pero como nunca tuve hombre responsable, si está difícil, dije yo ya no.

Marlene, 59 años, ES

Las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran las mujeres que han sido madres, les requiere un doble esfuerzo físico y emocional, para poder cumplir con lo mínimo de la exigencia de los discursos que expresan, por eso es que se menciona tanto la dificultad de ser mamá. En el caso de los discursos de la maternidad en las mujeres que no han tenido hijos e hijas, está presente la exigencia de realizar un buen trabajo:

Pues darles una buena educación, eso más que nada, educarlos bien, que sean buenas personas, que sean responsables, siento muy difícil eso, no sé, pero yo todavía no estoy preparada para eso.

Anahí, 23 años, ES.

Lo difícil de la maternidad no radica únicamente en la falta del apoyo económico o emocional de una pareja, también es resultado de una condición naturalizada, cercana a los instintos⁷⁸, alejada de la libertad de elegir. Es decir que, a las

⁷⁸ “Existe el mito de asignar al campo de lo instintivo conductas muy complejas y elaboradas; fundamentalmente hay una tendencia a asignar a las mujeres este tipo de conductas” (Juliano, 2004: 44).

mujeres en los discursos sociales, se les construye primero como madres y no como ciudadanas con derecho a elegir.

La construcción social de la maternidad intensiva como una actividad altruista, donde la dedicación a los otros tiene un coste personal elevado, implica renunciaciones y sacrificios (Juliano, 2004: 52). Sacrificios que las participantes de este estudio asumen, para llevar a cabo el papel de ser “buena madre”:

Pues de alguna forma, yo como que sí siento que no, no soy así al cien por ciento buena madre, porque por ejemplo ahorita dejo a mis niñas, tengo que ir a trabajar y dejarlas, pero bueno yo les digo “miren hijas, no podemos tener todo en la vida, ustedes me tienen a mí, pero yo sí, si yo estoy con ustedes en el tiempo, no les puedo comprar lo que ustedes necesitan o sea tenemos que sacrificarnos para tener algo, yo me sacrifico yéndome a trabajar y dejándolas solas, ustedes se tienen que sacrificar estando solas y sin mí, para que yo les pueda dar lo que necesitan”, pero pues si de alguna forma, si me siento así como que , **no soy así como al cien por ciento buena mamá**, más que nada para que ellas estuvieran bien [...](¿Qué es ser buena madre?) Pues no sé, yo siento por esa forma de que, no puedo estar con ellas, el tiempo que ellas quisieran, pero tengo que trabajar para que ellas tengan lo necesario.

Paola, 38 años, ES

(¿Qué es ser buena madre?) pues yo sí no estoy en el día con ellos, pero averiguo como les fue “¿Cómo te fue hija? ¿Qué necesitas?” que ahorita la chiquita dice que la abandono mucho, que no estoy con ella, “pero es que todos fueron así, igual tus hermanos” yo nomas en la noche llegaba a platicar con ellos, “a ver, te firmo la tarea, a ver qué hiciste, a ver ¿Cómo vas?” la grande pues igual, mamá necesito material, para mañana, necesito comprar tal cosa, porque lo de dental es muy caro y pues ya le daba que sus quinientos, que mil pesos, veníamos aquí a Villa de Cortes a surtirle su lista de material, pues ahí estoy, saque a cuatro niños adelante, la grande con carrera, los otros porque no quisieron pero se les dio, y ahorita pues son papás de su niños y ellos son muy buenos papás y ellos dicen, **“lo que yo sufrí, lo que yo viví, que no lo vivan mis hijos”**.

Perla, 53 años, ES.

En ambos testimonios, se considera que, gracias a la fuerza de trabajo, se puede dar a los hijos e hijas la oportunidad de tener un futuro mejor a pesar de no compartir el tiempo necesario para estar con ellos. El que sólo las mujeres sean consideradas responsables de la crianza, les hace sentir culpa por el tiempo no otorgado, sobre todo si enfrentan solas la carga económica de los hijos. El “sacrificio” es la expresión que se utiliza para referirse a la falta tiempo para las hijas e hijos.

Las mujeres que no cumplen con la función de cuidadoras, como sería su deseo, por ciertas circunstancias de necesidades económicas y laborales, expresan su culpa al calificarse como no tan buenas madres, o intentan justificar la falta de tiempo con el esfuerzo dado para la manutención (situación que no debería justificarse).

Igualmente, el sacrificio es una característica producto de los sentimientos maternales, los cuales justifican cualquier tipo de conducta⁷⁹. Así también se justifica el sacrificio de tiempo para hijos e hijas, con el esfuerzo de exponer el cuerpo a largas jornadas laborales para lograr la manutención.

El que las mujeres lleven a cabo todas las funciones exigidas por la maternidad, sumado a las funciones de manutención, las obliga a realizar una doble jornada laboral. Sin embargo, al mencionar a sus cónyuges (que cumplen o no como proveedores) las entrevistadas cuestionaron su papel en la crianza de los hijos:

Pues su papá nunca se fue a patear una pelota con ellos a ningún parque y entonces eso es el consejo que yo les doy a las mujeres, **que cuiden a sus hijos y que no los abandonen, que trabajen**, como dicen que trabajo no hay. Trabajo hay mucho, hay que saber trabajar y querer trabajar, porque yo, me falta tiempo, me faltan manos para poder trabajar, trabajo gracias a Dios tengo, lo que ya, es que estoy más grande. ya me canso de trabajar pues, pero ahí estoy todavía, echándole ganas, hasta que mi niña la chica pues se case o se reciba de algo entonces ya descansare un poco más, pero mientras voy a seguir trabajando un rato más.

Perla 53 años, ES.

En este punto, se considera importante retomar la reflexión de Lamas acerca de que se requiere trabajar culturalmente la simbolización de las diferencias, la reproductiva y la fecundante y desmitificar la maternidad para generar una conciencia reproductiva (Lamas, 2001: 34). Esto para construir responsabilidades compartidas en la reproducción y en la crianza de los hijos, tal como Perla relata de su caso, quien parafraseando a sus hijos respecto a su conyugue dice *“lo que yo sufrí, lo que yo viví, que no lo vivan mis hijos”*.

⁷⁹ Conductas que pueden estar alejadas de las normas sociales, sin embargo, se justifican socialmente en defensa de la progenie, que al ser mandato de primera categoría es prioritario a todo lo demás (Juliano, 2004: 53).

Aunque estas mujeres cuestionen la manera en que los hombres se deslindan de la crianza y manutención de hijas e hijos, el principal consejo que ellas dan a otras mujeres es seguir siendo las principales responsables del cuidado, la crianza y manutención de los hijos⁸⁰

En resumen, los discursos expresados por las mujeres acerca de la maternidad contenían adjetivos que iban de lo “bonito” a lo “difícil”. Construcciones del ser madres que relacionan lo satisfactorio con lo complicado de ese papel. Además, al considerarse mujeres de ciudad, reflexionaron acerca de la edad correcta de la maternidad, las circunstancias para vivir la maternidad, la importancia de planear la maternidad y el deseo por los hijos.

Las mujeres de este grupo presentaron sus propias reflexiones acerca de la maternidad, las cuales en su mayoría expresaban los discursos sociales de los modelos impuestos, todo lo anterior relacionado con sus propias experiencias.

Significados del embarazo

Las mujeres expresaban su pensar acerca de los embarazos según el número de embarazo y la circunstancia en la que sucedió, ya sea con problemas de pareja o en circunstancias tranquilas, o si fueron planeados o no planeados. Lo que señalaban acerca de los embarazos, son las emociones que les provocaron según su experiencia, o las emociones hipotéticas de las mujeres que no se han embarazado.

En este apartado se analiza lo dicho por las mujeres acerca de los embarazos en su vida, así como de la posición de las entrevistadas acerca del aborto, buscando comprender la relación con los significados del embarazo.

⁸⁰ Lo anterior ejemplifica lo que Lamas (2001:34), y Juliano (2004:44) se refieren como la maternidad mitificada, la mujer como la que a pesar de todo está presente para los hijos, la que quiere a los hijos con abnegación.

Primer embarazo vs ultimo embarazo, sus significados.

La mayoría de las mujeres expresó lo que representaba el momento de estar embarazadas por primera vez. Para quienes ya estaban viviendo en pareja, significaba que los hombres se percataran que ellas pasaban de ser esposas o parejas, a “las madres de sus hijas e hijos”, debido a eso las mujeres cambiaban de estatus y se encontrarían bajo el cuidado de los compañeros:

Pues, en ese momento, pues feliz, feliz porque él, de cierta forma, cuando yo estuve embarazada era muy lindo conmigo, me compraba lo que se me antojaba y todo, andaba así como que muy atento, entonces pues sí [...] Sí, o sea, como que estaba embarazada y como en momentos era como que muy amable y, pero en otros momentos era grosero, ya cuando vio que me empezó a crecer la panza, pues ya andaba con otras y así.

Paola, 38 años, ES.

Cuando eso, ya estaba grande, tenía 24. Entonces, regresé a vivir con él, y (Se le quiebra la voz) y me embarazó, yo me casé en julio, nos separamos y regresé a vivir con él como en noviembre, diciembre, y en enero me embaracé, y ya, estábamos muy contentos quesque porque ya estaba yo embarazada [...] con el primero teníamos mucho gusto, porque me había casado en julio, y me embaracé en febrero, llena de gusto, pero, no tuve un embarazo tranquilo.

Mariana 70 años, ES

De esa forma las mujeres narran un cambio de comportamiento en los hombres, consecuencia del embarazo, que significó la posibilidad de que las respetaran y les dieran momentos estabilidad. Así mismo la oportunidad de hacer del embarazo una experiencia grata, se debía a que los hombres violentos⁸¹, aunque fuera en el lapso del embarazo, tomaban una actitud distinta, debido a que estas mujeres serían “las madres de su primer hijo”.

A pesar de las diferentes circunstancias en las que se dieron los primeros embarazos de estas mujeres de indígenas trabajadoras del hogar, todas expresan cierta satisfacción, además de considerar que hasta cierto punto era “una bendición”:

Ah, sí, para mí era una bendición eso de que supe que estaba embarazada, tenía alegría de tener a mi niño, bueno yo ya hasta sabía que iba a ser niño.

⁸¹ Ambos hombres de estas historias a las que hacen referencias estos testimonios eran personas violentas y con problemas de alcoholismo, que se comportaban agresivos con sus esposas en momentos de embriaguez.

Sol, 30 años, ES

En el caso de las parejas que aún no tenían una relación de convivencia diaria, el primer embarazo fue el motivo de las uniones:

Si, cuando yo lo conocí a él fuimos novios dos años, veinticuatro años tenía yo, veinticinco veintiséis mi esposo, era mi novio porque en ese entonces, ya éramos así de que teníamos relaciones y eso [...] yo me llegué a embarazar, en el embarazo aquí en la ciudad de México, nos casamos por lo civil y por la iglesia también.

Sol, 30 años, ES

El realizar un casamiento precipitado, es por evitar un embarazo como motivo de vergüenza, debido a que el embarazo muestra la práctica de una vida sexual activa, fuera del matrimonio significa una trasgresión a las normas sociales. Por ello de algún modo las parejas buscaron reparar la trasgresión antes de que termine el embarazo.

En resumen, para las mujeres entrevistadas, el primer embarazo representa la consolidación de una pareja conformada, o la posibilidad de conformar una pareja, para dar paso a la familia, lo que significa que embarazo es igual a unión, o unión es igual embarazo. Por lo tanto, para las mujeres matrimonio y embarazo se contienen el uno al otro.

En cuanto a las sensaciones del embarazo, las emociones que se relatan son “felicidad” “contento” y “bendición”, pero no solo las emociones se sienten en el primer embarazo, también señalan que presentían el sexo del bebé:

Sí, sí sabía, lo presentía, como que iba a ser niño mi bebé, no es que quisiera, pero sabía, sentía que iba a ser niño, ay no sé pero se siente, así como que “ay, va a ser niño mi bebé” [...] No lo creían, le decía a toda mi familia estoy segura que va ser niño y decían “no, es que tú estás esperando que sea niño” “no, no espero que sea niño, pero es que siento que va ser un niño el que voy a tener” [...] pues y nunca estuve en eso de decir “ay quiero una niña, me gustan las niñas, o quiero un niño, porque me encantan los niños”, no ya, sea de lo que sea, niño o niña.

Sol, 30 años, ES.

El sentir “*qué es*”, “*el ser vivo que esta para venir al mundo*”, se expresa como la certeza de saber lo que se contiene dentro del cuerpo durante el embarazo,

justificando que se debe querer, independientemente del sexo. Además de que es la posibilidad de sentir los cambios que se dan en el cuerpo, sobre todo cuando termina el embarazo y comienza el parto:

Sentía, así como un dolor de fuerte, se siente un dolor ¿Cómo le explico? Un dolor, se sentía que el niño venía, pero era fuerte. Yo muy valiente, porque no gritaba, nada más me agarraba del carro y decía “ay viene el dolor” y en lo que llegaba, eso fue muy rápido, el parto fue rapidísimo eso si [...] Un dolor tremendo se siente, con razón dicen que uno da otra vida y que según dijo Dios hasta donde llegues a tener hijos, si se siente fuerte y entonces ya...

Sol, 30 años, ES

Se señala el momento de terminación del embarazo como el dar otra vida, que, junto al dolor y las creencias religiosas, se relacionan entre sí para dar principio a otra etapa. También significan la maternidad, el embarazo y el parto como experiencias positivas, que son etapas de la reproducción por las que pasan las mujeres dentro de los modelos impuestos de mujer, para que sean consideradas como mujeres plenas.

Así mismo, como se mencionó al principio, el número de embarazo influye en la reacción que tuvieron. Por ejemplo, otro embarazo después de dos o tres, no provocó la misma ilusión de los primeros, sobre todo si se toma en cuenta los problemas de salud o la circunstancia económicas o emocionales por la que pasaban las mujeres:

Pues porque había problemas con mi marido, y yo la verdad ya no pensaba embarazarme, yo ya nomás quería con esos dos, pero también tuve un problema, porque tuve miomas, entonces **pues yo decía, que no me decían que me podía embarazar**, entonces ya no me cuidé ya no nada, cuando yo tenía el problema de los miomas ya fue cuando llegó la niña, ya en si la niña no la iba a tener, porque yo dije no, “pues ya estoy grande y con ese problema de los miomas, ya no voy a tener más familia”, estaba yo tratándome de eso y pues me daban citas cada dos meses, así más o menos y ya un día me dicen “no pues te vamos hacer otro ultra sonido”, ya me hicieron el ultra sonido ya me dijeron “pues no, ya no te podemos hacer nada” me iban hacer unas radiaciones para matar los miomas, para quemarlos, me dijo “ya no te puedo hacer las radiaciones porque estas embarazada” “pero **¿cómo que voy a estar embarazada?**” “no pues si estas embarazada.

Perla, 53 años, ES.

(El DIU) No eso me lo pusieron en una de gobierno, en una de gobierno, entonces pues empecé a ir a la ginecóloga, pero a un particular y ya fue que me dijo “es que

el dispositivo ya se te cayó, ya nomás traes un hilito colgando”, y ya me lo quitó, yo le dije “quítemelo” se me hizo fácil decirle. Pero ya cuando me dijo que, pues era un quiste, pues si como que me alarmé mucho [...] fui con el ginecólogo, le llevé los estudios que yo llevaba de un particular y me dijo sí, está bien, si tienes un quiste, pero déjame yo te reviso y me hizo un ultrasonido y ya me dice “**mi hija** ¿pero cómo quieres que te opere si estas embarazada?”, y yo me quede así, “**¿cómo que embarazada?**, no doctor, está usted equivocado, sí, no, o sea **¿Cómo?**”, y me dice, “si es que estas embarazada, ya tienes como seis semanas de embarazo” y yo “pero no puede ser posible doctor”, y ya en eso dije “bueno pues ya no me va operar”, me salí así como llorando, **no porque decía yo ya no quiero**.

Elena, 38 años, ES.

Con respecto a las reacciones de sorpresa y rechazo, se debieron a que no deseaban más hijos de los que ya tenían y también por el miedo a las dificultades de salud que les representaba una posible complicación. Además, se preguntaban cómo era posible que eso les hubiera sucedido en su difícil estado económico. Estas mujeres utilizaban anticonceptivos antes de enterarse que tenían padecimientos ginecológicos, para ellas el tener quistes o miomas les representaban un posible estado de infertilidad, por tal motivo no se continuó con los métodos para evitar el embarazo. Sin embargo el que sucediera les pareció inesperado y sus primeras reacciones fueron de sorpresa, sobre todo con un padecimiento ginecológico. Las emociones que dijeron sentir representaban las circunstancias que estabas viviendo.

En efecto las mujeres manifestaron disgusto emocional al momento de estar frente a un embarazo no planeado y no deseado. Sin embargo, no interrumpieron su embarazo a pesar de la inestabilidad emocional, el miedo de vivir riesgos para la salud y la amenaza de tener un parto complicado debido a una tercera cesárea. Para las mujeres entrevistadas era de mayor importancia “la vida del nuevo ser” y la obligación de aceptar un embarazo que su propia salud.

Conviene subrayar que, a pesar de la sensación de sorpresa de los embarazos no deseados, las mujeres expresaron en el momento de la entrevista sentir satisfacción de haber logrado con éxito el que sus hijas nacieran y crecieran sanas. Además, señalan que sus hijas son mujeres dedicadas y estudiosas, “no

da lata” “ella quiere ser de grande abogada y veterinaria”, sumado a lo que representó ser madre de nuevo para su salud:

Ahorita tiene quince años y ella me pasó a curar de todo, ya no tuve miomas, ya no tuve nada, no me operaron, no me hicieron nada, porque con el parto se limpió la matriz, entonces hasta ahorita, no he tenido problemas con la matriz, estoy bien.
Perla, 53 años, ES.

En los discursos -estas mujeres- expresan un resultado positivo. La experiencia al final del relato es de “logro”, un embarazo no deseado de alto riesgo, un parto “que limpia” todo padecimiento y el tener hijas que traen satisfacción a su vida, aunque tengan que alargar las jornadas laborales para la manutención o restaron apoyo económico a los hijos mayores.

Planear y no planear un embarazo

Las mujeres más jóvenes hablaron de postergar la unión y los embarazos. Las razones para ello eran que en sus planes estaba el seguir estudiando (o completar la educación básica), para poder encontrar una mejor oportunidad de empleo. Otro motivo expresado fue que deseaban formar familias con relaciones más igualitarias. Sin embargo, los imaginarios del modelo de la familia tradicional influyen en los planes del cómo desean enfrentarse al primer embarazo, debido a que éste implica la unión, la cual es vista como una relación para toda la vida.

Además, las mujeres más jóvenes expresan que “todo tiene su tiempo”, el tiempo de conocer a la pareja, el tiempo de unirse y sobre todo el tiempo de tener un primer embarazo, o un siguiente embarazo.

En el caso de las mujeres con hijos, si bien la mayoría no planearon sus embarazos, en algunos casos han intentado tener otro embarazo, para poder consolidar una nueva relación de pareja, ya que esto representa el consumir por completo la unión y complacer el deseo del hombre por ser padre:

(¿Qué hizo, para no tener hijos?) Quien sabe porque, ya no se pudo [...] Si fui a ver doctor, me dijo el doctor “si puedes tener, pero él no creo, dile que venga a platicar con nosotros” y yo le dije “sabes que, dijo el doctor que vayas a platicar con él porque ya hice estudios, dijo que sí, que todavía se puede”; pero él no,

nunca fue a ver al doctor [...] él dijo que tenía ganas de tener un hijo, todavía, pero le dije yo “si quieres, vete a ver al doctor si puedes o no puedes tu”, entonces dijo, “no yo no voy a ir, vete tú, que tal si tú no puedes” “cómo no voy a poder yo, si tengo una”(se ríe) y ya le dije “¿sabes qué? dice el doctor que vayas a platicar con él” y dice “no, para que” “ya fuiste tú” “ya fui yo de mi parte, de tu parte tienes que ir”; luego ya, dijo “no yo no voy a ir, para qué voy” “ah bueno, no te molestes porque no tengas un hijo entonces” y ya no, ahí se quedó, con la ganas de tener un hijo, pero llegó mi nieto, haz de cuenta que es su hijo, lo quiere mucho.

Marlene, 56 años, ES

La mujer es “la que da hijos al hombre” y la responsabilidad del control de los embarazos, recae por completo en las mujeres. Quedarse embarazada es una de las principales razones por las que, estando unidas, buscan la forma de lograr un embarazo, ya que es la consumación de esas uniones. Como vemos en los testimonios anteriores, aunque el fracaso de no lograr un embarazo no sea por problemas relacionados con la mujer, siempre se considera que “ella es la que no pudo embarazarse”. La mayoría de las entrevistadas señalaron que la unión de una pareja debe tener como objetivo principal la procreación o sea un embarazo.

Otra razón para desear un nuevo embarazo, además de darle progenie a la pareja, es la oportunidad de tener un niño varón, el cual tendrá un papel diferente frente a la niña:

No, bueno lo que pasa es que yo mi ilusión quería tener un niño, o sea yo quería un niño que según que para que me defendiera, entonces yo por eso, me embarazaba y decía “ahora si voy a tener mi niño” y pues a final de cuentas tuve mis cuatro hijas”.

Paola 38 años, ES.

Para esta mujer cada uno de los embarazos representaba la oportunidad de tener un niño, bajo la idea de que los hijos defienden a la madre o la cuidan cuando sea mayor de edad. En el testimonio anterior es evidente el valor de tener un hijo, lo cual está diferenciado por las estructuras de género. Es el papel que tienen los hombres en el discurso como protectores y no sólo como proveedores a diferencia de las mujeres. Este discurso influye en la forma en cómo valoran a los niños sobre las niñas, y estas ideas también tienen peso en el deseo de otro embarazo.

El deseo de un hijo varón y sobre todo un primogénito, es resultado de cómo la organización jerárquica de la familia influye en los imaginarios y valoraciones acerca de qué son las mujeres y qué son los hombres y jerarquiza las preferencias por uno u otro sexo ante un embarazo. Testimonios como el anterior muestran las ideas que tienen las mujeres entrevistadas acerca de sí mismas, “ellas no protegen”, “ellas lo permiten”, “es cosa de las mujeres”. Consideran que su condición de vulnerabilidad frente a los hombres se debe al hecho de ser mujeres y no a las estructuras de desigualdad social (también de las de género) en las que se encuentran, por lo que los hombres son los que protegen, aunque a varias no las cuidaron los hombres cercanos, ni de manera emocional, ni física, ni económica. Así pues, cada embarazo es la posibilidad de tener un hijo:

Aja, si, y a muchos esperan ¿no? de que “ay quiero que sea niño, quiero que sea niño” y pues a veces no sucede...

Sol, 30 años, ES

Los niños son algo que se espera en cada posibilidad de embarazo, lo que se desea para poder concretar una familia completa, un varón que continuará con el apellido. Por eso el planear un siguiente embarazo, es buscar un varón, el planear no tener otro embarazo, es porque el niño ya nació, por lo cual no necesitan otro embarazo.

En cuanto a los embarazos no planeados, es importante señalar que no siempre sucedió en parejas que aún no se encontraban viviendo una convivencia conyugal, se debe agregar que, aunque las parejas estuvieran unidas, no siempre el embarazo se encontraba en sus proyectos, solo ocurría como resultado de la unión. “Ya estaba hecho el embarazo” es una frase que refleja el que si había embarazo, no había marcha atrás, aunque este no fuera planeado:

(Al mes de vivir con su pareja) Aja, entonces cuando me embaracé de mi hija a los 18, al mes me quedé embarazada, pues ya, dije, “chin ya la cagué”, pues ya ese año vivimos juntos, después de que nació mi hija, pues ya no me gustó la vida que llevaba allá (la casa de su pareja) ...

Lucero, 35 años, ES.

Para las mujeres de este grupo, el embarazo es parte de un proceso el cual no se espera, pero se afronta. “La cagué” es una forma de señalar que el embarazo no era planeado, pero que, aun así, es llevado a término.

La resignación ante el hecho de tener un embarazo que no estaba en los planes de las mujeres, también es adoptada por las mujeres más jóvenes, en caso de que sucediera, sería algo que afrontarían a pesar de lo que significa eso para su futuro:

(Si tuviera un embarazo inesperado) Pues tenerlo, pues ya no queda de otra, ahora sí que tal vez no sería ni el momento, ya no sería como yo lo tengo planeado en mi vida, pues ahorita, te digo tengo muchas ganas de estudiar, de hacer algo en la vida, una carrera, que sea corta, lo que sea pero, quiero prepararme un poco más, para después cuando yo ya tenga mis hijos, pues darle algo más de lo que yo tuve o darle lo que yo no tuve, al menos con mi pareja, yo le he platicado, a mí no me gustaría, bueno que mi bebé, bueno que mis hijos vivieran como yo, sin un papá o estando lejos de la familia o cosas así (Tener hijos pronto) ¡Noo!, me gustaría vivir con él, pues disfrutar nuestro matrimonio y ya después, con más calma, que vengan los hijos, o sea a provechar cada momento, que estemos viviendo, porque no me gustaría, ni embarazarme y casarme, ni casarme y embarazarme luego, o sea, me gusta, darme mi tiempo para todo.

Anahí, 23 años, ES

La posición que se toma frente a un embarazo inesperado, aunque sea hipotético es de resignación, “pues no queda de otra”, es decir, es aceptado, aunque represente un cambio de planes, debido a que se considera parte de la vida de la vida del ser mujer.

Las mujeres entrevistadas se expresan respecto al embarazo y la maternidad como lo que debe asumirse a como dé lugar. Al referirse al aborto, desapruaban el considerarlo. No mencionan el aborto como una opción en caso de que ocurra un embarazo no deseado, además de expresar que la maternidad es la principal función de las mujeres, por lo cual deben llevar a cabo el embarazo y la crianza sin importar las circunstancias, como muestran los siguientes testimonios:

Del aborto, pues yo no estoy de acuerdo con eso, de abortar un bebé pues no [...] Porque ya es un ser vivo que ya se está, ora sí, que para venir al mundo, es un ¿Cómo le explico? Es un ser vivo ya, entonces por ejemplo al matarlo, pues es matarlo, y no eso no, eso ya no me gusta, estoy en contra de eso, ay, no.

Sol, 30 años, ES

Que no está bien porque es un pecado, quien hace eso, quien queda embarazada y después de eso ya toma algo y ya lo mata bebé [...] No, ni pensaba, nunca pensé, solo supe “ya estoy embarazada, ya ni modo, lo que viene, pues ya qué”.

Marlene, 56 años, ES

Que los regalan o los pierden, no pues digo que eso está muy mal porque, ora sí que por eso tenemos manos y poder trabajar para poder mantener un bebé, bueno yo en mi caso nunca, regalaría o abandonaría un hijo, pero pues si yo lo tuve o yo lo hice, por decirlo así, pues yo lo debo de criar y cuidar y atenderlo, pero no regalarlos, ni tirarlos, ni nada de eso, esas mujeres que luego los matan o los regalan o los tiran, pues yo digo que eso no, no es ser mujer porque pues no, no hay ninguna justificación de decir, “es que no puedo mantenerlo”, pues si puede porque tiene como trabajar, ahora sí que yo luché, y hasta ahorita voy aquí, por mis hijos, nunca los dejé sin comer, nunca los dejé sin vestir y hasta ahorita yo trabajo, porque yo todavía mantengo a mi mamá.

Perla, 53 años, ES

En los testimonios se apela al hecho de que el aborto es un asesinato de un “*ser vivo*” “*un pecado*”, para ellas el embarazo es parte del proceso que completa a una mujer, el interrumpir ese proceso es “no ser mujer”, debido a que atenta con los modelos impuestos del “ser mujer”, en los cuales se dicta la lucha por la progenie, una lucha que comienza desde que está en el vientre. Además, tres de las mujeres pertenecen a iglesias evangélicas y la mayoría son católicas, y la religión juega un papel importante con respecto a sus opiniones acerca de la interrupción del embarazo, así como de las creencias sobre el mismo de la sociedad mexicana en general.

Cuando se les planteó sobre las circunstancias adversas que se pueden vivir ante un embarazo, alguna se inclinó en favor del interrumpir el embarazo sólo en caso de una violación:

El aborto pues, ahí si no estoy de acuerdo con eso, bueno, a menos que sea por un abuso o cosas así, ahí sí pues es algo que uno no busca o sea ahí sí estoy de acuerdo que se practique, pero si es con tu pareja y lo hiciste con todo el deseo, las ganas o no sé, pues no estoy de acuerdo con eso porque ya es un ser, o más que nada, bueno al menos yo no lo haría porque yo quiero a mi pareja, sea como sea fue producto de los dos y, no, yo creo que yo no lo haría, por eso pues no, no estoy de acuerdo con el aborto.

Anahí, 23 años, ES

El hecho de no desear una relación sexual, o el tener relaciones sexuales no consensuadas, en el discurso de algunas de estas mujeres es razón suficiente

para interrumpir un embarazo. Sin embargo, expresan que la mujer que deseó, que tuvo ganas, debe asumir las consecuencias de desear, así es como lo dice el testimonio anterior, aunque es de resaltar que en ese testimonio se habla de la responsabilidad de la pareja, al momento de tener relaciones sexuales y concebir, por lo que se considera que ambos son responsables de la hija o hijo.

A pesar de que pueda darse el embarazo resultado de una agresión sexual, varias de estas mujeres se oponen por completo al aborto. Una de las entrevistadas que había sido víctima de una violación, se manifiesta en desacuerdo, cuando se le preguntó qué hubiera pasado si como resultado de esa situación se diera un embarazo:

Pues yo me imagino que igual no lo hubiera yo abortado [...] Ay, yo siento que bueno, para mí no es correcto, por la forma de cómo me educaron mis abuelitos el poco tiempo que viví con ellos, pero yo siento que no es correcto, yo siento que es mucho mejor si ya tienes a tu pareja, pues ir con al centro de salud, ahí en el centro de salud luego te dan cualquier método y es gratuito para que tú puedas cuidarte, como para abortar, ya no [...]Que no es correcto, esa es mi forma de pensar, yo digo que siempre es mejor cuidarse a decir no, pues ya la regué y ahora lo tengo que hacer, bueno porque de hecho, aquí en el trabajo una compañera de trabajo igual me dijo que ella había abortado, ya dos veces y le digo “es que ¿por qué mejor no te cuidaste?, o sea si ya lo tenías entonces para que los abortaste, mejor los hubieras tenido, dice “es que a mí se me hace mejor abortarlos a tenerlos a sufrir”, “sí” le digo, “pero si tu hubieras pensado antes de, hubieras podido cuidarte y usar algún anticonceptivo”, pero pues ella dice que no, le digo “bueno, a mi forma de pensar está mal”.

Paola, 38 años ES

En este testimonio, el motivo de oponerse al aborto es por la educación que le otorgaron los abuelos, además de considerar que el acceso a los anticonceptivos es con mucha facilidad en los centros de salud. Y como vemos en este discurso, es responsabilidad femenina el evitar los embarazos, pero ante su argumento habría que plantear que, en una relación sexual no aceptada por la mujer, no existe la posibilidad de negociar el uso de algún anticonceptivo con el agresor. Para los modelos obligatorios de ser mujer, no se considera el hecho de cómo se

concibió, lo importante es cumplir con la maternidad, aunque las formas de cómo llegaron a ser madres las mujeres, no ocurran dentro de la familia tradicional.⁸²

Otra situación no considerada por los modelos impuestos es la salud de la madre, si ésta se antepone a la salud del feto, es ignorada. Con frecuencia, en el planteamiento de los derechos fetales se defiende a éste anteponiéndolo ante los derechos de la mujer y, a partir de la manipulación emocional, sin importar las circunstancias de las mujeres, como los riesgos para su vida durante por posibles complicaciones en el parto (o que tengan otros hijos) ⁸³. El siguiente testimonio señala lo anterior:

Sí, me quería operar, porque yo decía ya no, ya más hijos ya no. Entonces pues cuando ya supe que estaba embarazada de Erika, pues ya no pude hacer nada, y como que en un principio **si me convenció (la pareja) y me dice “pues aborta” y yo “¿cómo? ¡no! pues si”** y ya me llevó, anduve buscando, y no sé cómo fui a dar, a un hospital[...] ya habían legalizado el aborto, entonces yo fui a ver **y me dijeron “que sí, que si podía abortar” me dijeron “preséntese mañana a las cinco de la mañana con dos testigos, credencial y usted ya puede abortar”** así como si nada [...] pero no me dieron una información así a fondo o se le va hacer esto o así [...] y no se ni, ni cómo ni de donde, sale un joven y me alcanza y me dice “señora ¿qué anda buscando o a qué vino?” no recuerdo bien sus preguntas y yo ya le comente a lo que iba, que iba a ver lo del aborto **y me dice que ellos tienen un lugar donde apoyan mucho a las mujeres para no abortar**, una asociación, y me dice “no aborte, si mire yo vengo de una asociación” y me regaló un folletito, me dice “váyase allá y le van a apoyar pero no aborte, yo me comprometo a que llegando ahí ya le pagan el taxi”, bueno total le hizo la parada a un taxi y ya le dijo a donde nos iba a llevar y dijo “y cuando usted llegue ellos ya saben que usted va de parte de nosotros” y si llegué y toqué, me abrió una jovencita muy amablemente “ah sí” dice “ya sé de dónde viene”, ya después tuve como una entrevista con ella y me dijo que ¿por qué quería yo abortar y le digo “**es que ya sería mi cuarta cesárea y ya sería como que muy riesgoso, aparte pues no tengo trabajo, como poder mantenerlo” y me dice “es que no abortes, eso es malo”** [...] Sí, fue un parto muy difícil, muy difícil porque la matriz se me desgarró, me la tuvieron que reconstruir y bueno, fue muy, un parto muy complicado, otra vez fue cesárea, entonces la doctora ya me había dicho [...] bueno pues ya a final de cuentas pues ya, nació Erika y pues gracias a Dios todo bien, si fue difícil y pues allá en esa asociación si todavía me ayudaron como dos meses más con la despensa, pero ya después ya no fui, porque éramos

⁸² Juliano (2004:82) señala que la madre soltera por su falta es orillada a vivir una vida acética. Como si la maternidad en si misma ya es una expiación de pecados.

⁸³ El activismo de los grupos contrarios a los derechos reproductivos de las mujeres gana terreno con estrategias como la de esperar a las mujeres en las puertas de las instituciones de salud encargadas de la interrupción legal del embarazo y tratar de manipular con promesas de apoyo y exhibición de videos contrarios a la interrupción para que desistan. Aunque exista la duda en continuar con un embarazo de alto riesgo y la interrupción del embarazo sea legal, si en las instituciones públicas, las mujeres no cuentan con suficiente apoyo para ejercer sus derechos, son manipuladas por estos grupos, tal como la narración de la participante.

muchísimas mujeres, éramos las que íbamos por despensa. Cuando íbamos por despensa, nos daban, así como que una plática, nos llegaron a dar como clases”.

Elena, 38 años, entrada por salida

Para las entrevistadas el embarazo se asume hasta el final y es la responsabilidad que debe considerarse para ejercer la sexualidad. Además, el discurso del respeto al “ser vivo que viene, para evitar el castigo divino, porque el aborto es un asesinato”, se encuentra inserto en los modelos obligatorios de ser mujer, por eso las entrevistadas consideran, que no asumir la maternidad es “no ser mujer”.

Las decisiones anticonceptivas de las mujeres

En este grupo de mujeres las “decisiones” anticonceptivas son procesos relacionados con sus circunstancias socioeconómicas, emocionales y afectivas. La forma en como conocieron y adquirieron los métodos anticonceptivos a través de los medios de comunicación, de instituciones de salud o familiares y amigos, se encuentra relacionada con el conocimiento para el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Las decisiones acerca del uso de anticonceptivos también están relacionadas con la posición social y el ciclo de vida en la que se encontraban las mujeres, además de las relaciones con sus parejas, en las cuales repetían los patrones socioculturales de la familia y de su comunidad. También se percibe la influencia de los diversos espacios socioculturales, y sobre todo el control desde las instituciones de salud. Todo ello actuando en conjunto, lograba en las vidas de las mujeres resultados particulares con respecto al control de los embarazos. En este apartado se analizan las respuestas acerca de cómo fueron tomadas “las decisiones” anticonceptivas en este grupo de mujeres indígenas trabajadoras del hogar.

Relación de pareja, espacios socioculturales y decisiones anticonceptivas

En la elección de pareja, las mujeres repetían los patrones de comportamiento que habían aprendido en su comunidad y en sus espacios en la CDMX, donde las

mujeres asumen posiciones pasivas con respecto a las decisiones en la familia, en la vida y sobre todo con ellas mismas. Es decir, en el control sobre sus embarazos, siguen siendo los hombres los que aprueban como se conducirán las mujeres en su trayectoria reproductiva. Al respecto, las actitudes de las parejas son de dos tipos: maridos que no permitían el control de los embarazos y otros que sí lo permitían, en ambos casos eran ellos los que decidían sobre el cuerpo de las mujeres:

No, no me cuidaba yo para no embarazarme no, porque mi marido no quería, mi suegra me decía que yo me cuidaba, que por qué no tenía yo hijos rápido, que como era posible que yo no tenía hijos rápido ...

Marcela, 59 años, ES.

No, nunca me controlé yo, siempre me cuidaba su papá [...] Pues es que o sea (se ríe nerviosamente) ¿Cómo le diré? él no terminaba, entonces, él nunca le gustó porque como él era muy machista me decía qué si yo me controlaba yo iba andar de loca y él no se iba a dar cuenta, a los dieciséis años me embaracé, fue un... (Se queda callada).

Paola, 38 años, ES

En efecto “las decisiones” anticonceptivas que tomaron las parejas para algunas mujeres, fue que no controlaran los embarazos, aceptando el papel de los hombres como “cabeza de familia” y hasta del propio cuerpo femenino. A pesar de que las mujeres expresaban que en sus poblaciones de origen eran muy machistas, en la ciudad siguieron repitiendo los mismos patrones culturales, de esa forma las decisiones también fueron tomadas así, mujeres que aceptaron lo que su pareja impuso, que culminó en ningún control.

En los testimonios también emerge el papel de los varones como maridos permisivos. Los testimonios no hablan de mujeres independientes que están tomando sus propias decisiones, con respecto al derecho que tienen sobre su cuerpo y el control de su fecundidad, pero sí relatan cierta permisividad de parte de la pareja para poder llevar a cabo un control reproductivo:

(¿Su marido se opone a que ella use anticonceptivos?) No gracias a Dios él no, si porque imagínese al checar DIU, es abrir las piernas y eso, entonces los maridos a veces son los que piensan, se celan, no sé. Los que son así... por ejemplo, el hermano de él es muy diferente y dice que sí quiere tener muchos hijos, entonces

no le permite cuidarse a su mujer, pero él no, él es el que definitivamente ya no quiere tener más hijos.

Sol, 30 años, ES.

El que la pareja “les permita” el uso de anticonceptivos es motivo de agradecimiento de parte de estas mujeres, porque al compararse con mujeres que están en otra situación, consideran que se encuentran mejor. Si bien es verdad que pueden acceder a los servicios de salud para controlar sus embarazos, en el fondo siguen siendo los cónyuges los que “aprueban” un derecho de las mujeres, que en todo caso puede tomarse en consenso.

Así mismo, en las poblaciones de origen las reglas socioculturales no permitían anteriormente el control de los embarazos por el hecho de que socialmente trasgredía las normas del lugar, como los usos y costumbres. Las mujeres de diferentes lugares expresaron el rechazo de parte de la sociedad en sus localidades por el uso de anticonceptivos cuando ellas eran niñas o lo que observan ahora en su edad adulta:

Si manejaban (anticonceptivos), pero a veces no les querían dar a las mujeres porque los hombres no lo permitían, en esa época, pero ahorita ya es otra cosa, ya utilizan anticonceptivos, exactamente, porque antes se usaba que cuando uno se casaba, tenía hijos hasta donde quería llegar, los hijos a ver hasta donde se paraban, la verdad hasta donde ya no podía la mujer.

Jandé, 30 años, P.

Pues ahora ya hay mucha información de anticonceptivos, de muchas otras cosas que cuando yo recuerdo que tenía yo esa edad de catorce años o trece años, era muy difícil hablar de anticonceptivos, porque era así como que “espérate, no hables de eso, que es como un pecado, bueno en el pueblo así se veía.

Elena, 38 años, ES.

(Porque dice que les vale tener tantos hijos) Pues es que también depende del marido, es que luego a veces, son machismos, son de pueblo, son de rancho, son muy cerrados y no quieren que un médico la vea, no quieren que un médico la revise, no quieren eso.

Sol, 30 años, ES

Como vemos en estos testimonios, el control de los embarazos y sobre todo el uso de métodos anticonceptivos en la juventud de estas mujeres, era un “pecado”, además de que el embarazo y la maternidad era un mandato que tenía que vivirse

hasta que la fisiología de la mujer lo permitiera, “hasta donde ya no puede”. Esto habla de la prohibición de control de los embarazos, sea por creencias religiosas o por llevar a cabo el “destino” de los modelos impuestos de la maternidad. Las mujeres de este grupo consideran que los hombres, no les permiten llevar un control anticonceptivo a las mujeres por “machismo”.

Lo que resalta es que aun en las normas de su entorno social en la CDMX, se sigue imponiendo el control de parte de las parejas para evitar los embarazos, sobre todo por ser quienes prohíben que las mujeres sean vistas por otras personas que sean hombres, porque consideran la revisión médica rutinaria como exponer el cuerpo ante otro.

Es importante agregar que todavía se piensa en las comunidades (así como en la CDMX) que, las mujeres que usan anticonceptivos lo hacen para tener experiencias sexuales con otros hombres sin tener consecuencias y más si las parejas son migrantes (Hernández *et al*, 2008:132,134).

Otro elemento que participa en las decisiones para el control de los embarazos es el amor romántico. El amor justifica el actuar de las personas, sobre todo el de las mujeres. Incluso “el amor romántico” tiene su consumación en los hijos, así el enamoramiento también fue expresado como uno de los motivos para no evitar los embarazos:

(¿Le sirvió la información acerca de los anticonceptivos de los servicios de salud?)
Pues a mí al momento, pues no, porque estaba yo muy enamorada y ni hacia yo caso, pero ya ahorita viendo las, ya ahorita como pienso ahora, pues sí, sí está bien.

Paola, 38 años, ES

Lo que sugiere el testimonio anterior, es que el enamoramiento provoca la indiferencia por las “recomendaciones” de los centros de salud, para controlar los embarazos, es la excusa del porque no ejerció el derecho a decidir sobre el cuerpo, para evitar un embarazo no planeado. Además, el amor romántico es en las construcciones de las mujeres, un marco idealizado e idóneo en el cual puede ejercerse y realizarse la maternidad. Esto es problemático cuando estas mujeres

llegan a encontrarse en circunstancias de poca solvencia económica, sobre todo al separarse de cónyuges que no asumen sus obligaciones como padres.

Con frecuencia, las decisiones reproductivas son dejadas al azar, de las cuales dieron testimonio algunas mujeres. Las mujeres relatan que al principio de su vida reproductiva comenzaban controlándose con condón, pero al establecerse con su pareja en alguna ocasión tuvieron relaciones sin el uso del preservativo:

Ah, él si se cuidaba al principio, pero ya después empezaron a ser más seguidas (las relaciones sexuales), bueno, no diario, ni cada ocho días, pero sí, fue un descuido, porque él no se cuidó.

Sol, 30 años, ES

Al parecer en algunas ocasiones las mujeres ceden a las relaciones sexuales, sin uso del preservativo, aunque asuman que no desean tener embarazos inesperados. El no “cuidarse” se relaciona con todos los imaginarios que se analizaron anteriormente, del embarazo y la maternidad. El asumir lo que se acepta como destino, le resta importancia a la necesidad de evitar un embarazo, aunque hubieran “decidido” no tener más hijos:

Pues, a veces me sentía yo mal, decía “pues ya solo voy a tener ese, el único hijo que voy a tener, nada más uno y ya no más” (¿porque quería tener uno nada más?)Pues yo dije, ya no voy hacer mi vida, como antes ya no, [...] ya me fui, ya no quiero saber nada “(Cómo evitó el embarazo después del primer hijo que sobrevivió) porque apenas conocí, yo esperando todavía al otro que se fue para los Estados Unidos, ya si regresaba, ya cuando conocí el otro hombre. Yo creo, como ya tenía yo muchos años, luego que encontraba hombre me embarazaba.

Marcela, 59 años ES.

El volver a tener pareja deja en un plano secundario la importancia de utilizar el preservativo. Por esperar tanto tiempo sin compartir la intimidad con una persona, sus “elecciones” de no reproducción, no son contempladas en momentos de actividad sexual, y aun terminando el acto sexual continúan en segundo plano:

Pues he visto muchas amigas, pero yo digo que a todos nos puede pasar, un descuido que bueno, ora sí que la calentura, es la calentura y pues de momento, no tengo nada en contra, si digo que es algo que puede pasar, así como me puede pasar a mi le pasa a muchas y no sé, le tengo miedo a eso también, nada más estoy con diosito así, “por favor, por favor, que no.

Anahí, 23 años, ES

Al exponerse al “descuido”, algunas buscan ayuda de fuerzas externas, apelan a la divinidad para que no sucedan embarazos, a los que estarían obligadas a afrontar por “la calentura”, minimizando sus propios proyectos y asumiendo consecuencias que, en la mayoría de los casos, solo se les dejan a las mujeres, como el cuidado y la crianza de los hijos.

Las distintas navegaciones reproductivas fueron realizadas según las circunstancias en las que se encontraban estas mujeres, pero se puede destacar que las mujeres entrevistadas unidas y con hijos tomaron de algún modo el control, aunque éste fuera sin tener conciencia alguna de sus derechos de ciudadanía. Así, es importante analizar como conocieron las diferentes opciones para el control de su fecundidad.

Los servicios de salud en las decisiones anticonceptivas

La jerarquía masculina es importante en la toma de decisiones anticonceptivas, sumado a que en las instituciones de salud se consideraba y aun se considera a las mujeres bajo el tutelaje de los hombres, sobre todo los esposos. Los y las profesionales de salud llegan a “sugerir” el control de los embarazos en el cuerpo de las mujeres con la autorización de los hombres, como ha sido en el pasado y ahora es en el presente:

No, yo ya no quería tener hijos, yo inclusive fui al médico y le dije: “quiero que me operen, ya no quiero tener hijos, no quiero volver a pasar este sufrimiento, quiero que me operen”, pero en ese tiempo no te operaban si no daba la autorización el marido, “no”, pues dice, “tiene que traer un papel firmado, o presentarse con él para que la operemos”, y no, él nunca quiso, le decía yo “ya no quiero tener hijos.

Mariana, 70 años, ES.

No ya no, ya estoy operada de por sí, porque me dijeron que ya era muy riesgoso si yo me volvía a embarazar[...]. En el hospital me hicieron la cesárea de mi cuarta hija, cuando me dijeron los médicos “¿te vas a operar?” le dije “no” y me dice **“cómo no, si es muy riesgoso si tú te vuelves a quedar embarazada, te puedes morir ¿sabías?”** y yo “no, bueno entonces si” [...] En ese momento pues me dijeron “es que si te vamos a hacer cesárea, pues de una vez aprovechamos para operarte” y pues de una vez me operaron (¿estaba de acuerdo su esposo?), sí que estaba de acuerdo, supo antes que yo, porque de hecho me acuerdo que sonó el teléfono cuando estábamos en quirófano y dijeron que si yo era María y le dije “sí” **“es que su esposo dice que él ya autorizó su operación que para que ya no pueda tener hijos, que por favor firme usted también”**.

Paola, 38 años, ES.

De esta manera, las mujeres se encontraron frente a diferentes circunstancias o personas, que les negaron o manipularon el derecho a decidir sobre su propia fecundidad. En el momento del parto los profesionales de salud resaltan los riesgos de otro embarazo, e ignoran las negativas de las mujeres, e insistiendo con un “cómo no”, los profesionales de la salud desestiman y subordinan la decisión de una mujer a la de su marido, autorizando (como en el testimonio anterior) primero el procedimiento quirúrgico en el cuerpo de las mujeres.

Los testimonios anteriores son ejemplo de cómo en ocasiones, no se respetan las decisiones femeninas, en las instituciones de salud. Una de las participantes relata que hace 44 años le negaron la operación porque no tenía autorización del marido y hace seis años lograron la aceptación de la esterilización en otra mujer con el pretexto de que su esposo ya había autorizado. Esta es una forma de dar legitimidad a la autoridad masculina, sobre el cuerpo de la mujer en los servicios de salud⁸⁴.

Algunas mujeres tienen la capacidad de decir no a una intervención no deseada y probablemente innecesaria en ese momento (el parto), sin embargo, muchas mujeres en esos momentos no tienen oportunidad de negarse, porque durante el parto se les “ofrecen” anticonceptivos cuando se presenta el dolor:

Estábamos de acuerdo, mi esposo estaba de acuerdo, los doctores si lo recomiendan mucho, cuando está uno en labor de parto ellos hacen mucho esa platica de **si quiere uno continuar con más hijos o ya no, que si me iba yo a cuidar o con que método me iba a cuidar, ya sabía yo del DIU, los doctores nos dijeron [...]**Un dolor tremendo se siente, con razón dicen no de que uno da otra vida y que según **dijo Dios hasta donde llegas tener hijos**, si se siente fuerte y entonces ya los médicos ya ve que ahora, recomiendan mucho eso de evitar tantos niños, tantos hijos, es que luego sufren mucho, pues eso lo recomiendan mucho los médicos, tratar de ya no tener más hijos, **entonces cuando uno está pariendo teniendo uno tantos dolores es cuando nos preguntan “¿haber cuántos hijos vas a tener? ¿Cuántos hijos quieres tener?” entonces uno en ese momento dice “no, pues ya no”, con tanto dolor**

⁸⁴ Conviene subrayar que en el sector salud se realizan acciones en contra de las decisiones de las mujeres. Estas acciones no consideran a las mujeres como ciudadanas con derechos, sino como receptores de políticas públicas que buscan el cumplimiento de metas acordadas con las sugerencias internacionales (Harcourt, 2011; Willson, 2015).

ya no quiero tener hijos [...]Pues la verdad que nosotros ni lo habíamos platicado con mi esposo, pero si le dije porque él entró un ratito nada más, y cuando él entró, le preguntaron también, entonces él dijo que sí que con el DIU.

Sol, 30 años, ES

El relato muestra una práctica común en los servicios sanitarios, la cual desestima el derecho a decidir de manera libre en qué momento utilizar anticonceptivos. En el testimonio se dice que la mujer y el esposo lo “decidieron” al momento y aunque no lo habían platicado antes, fue la “decisión” de ambos. Sin embargo, para el ejercicio de la libre decisión, durante el parto cuando hay dolor, no es el momento para que las mujeres tomen buenas decisiones anticonceptivas⁸⁵.

Las decisiones y uso de los anticonceptivos también guardan relación con los problemas ginecológicos y de salud. En algunos casos las mujeres relatan la existencia de miomas o quistes, lo que las lleva a considerar que su vida reproductiva tenía una pausa, por lo cual abandonaron el control de los embarazos con anticonceptivos. En estos casos, señalan que no tuvieron recomendaciones de parte de las y los médicos, acerca del uso de condón, dado que no podían usar otros métodos anticonceptivos. Las navegaciones son provocadas por los cambios de dirección en las trayectorias reproductivas, según las circunstancias de las mujeres, en este caso un problema de salud.

En resumen, los “ofrecimientos” de esterilización se hacen para “aprovechar”, que las mujeres se encuentran en el quirófano, “si te vamos a hacer cesárea pues de una vez aprovechamos para operarte”; o en el momento de dolor durante un parto vaginal “invitan” a considerar el DIU u otros anticonceptivos. En ninguno de estos casos se hace la misma “recomendación” a la pareja⁸⁶, lo que demuestra que los modelos de género también están presentes en los imaginarios y los

⁸⁵ La presión que llegan a ejercer algunos profesionales de salud a las mujeres en labor de parto, para que se le coloque un anticonceptivo, o se les opere, tales prácticas coercitivas condicionan las elecciones de las mujeres (Sosa-Sánchez, 2018: 93; Castro y Erviti, 2003; Erviti, Sosa y Castro, 2010: 781). Además, que colocar el DIU, inmediatamente después del parto, es poco seguro (Erviti, 2005: 193, 197).

⁸⁶ Ningún testimonio mencionó que durante el último parto o cesárea se le dijera a un hombre “su esposa ya tienen cuatro hijos, ¿Cuántos hijos más piensa tener? ¿ha considerado la vasectomía?” o “su esposa ya tuvo tres cesáreas, es peligroso otro parto, opérese usted, es menos complicada una vasectomía”

discursos de los profesionales de los servicios médicos y en la oferta anticonceptiva de las instituciones de salud.

Durante algún padecimiento de salud ginecológico, las mujeres no continúan con el control de la fecundidad, además de que el hombre sigue sin tomarse como objetivo del control de los embarazos de parte de las y los trabajadores de las instituciones de salud.

Mujeres que decidieron sobre su cuerpo

Así pues, las mujeres de este grupo eligieron el control de su fecundidad según: las decisiones de las parejas, las normas que rigen sus espacios socioculturales y la influencia de los trabajadores de las instituciones de salud. Sin embargo, no fue siempre así para todas, algunas mujeres tomaron decisiones sobre su cuerpo a partir de las experiencias previas. Algunas se operaron para poner fin a las dificultades de la crianza en solitario, sin la corresponsabilidad de los cónyuges:

(¿cuándo se enteró su pareja?) Supo cuando me salí del hospital, porque él me fue sacar del hospital, pero ya después me preguntó que por qué no me embarazaba yo, le dije, no porque yo firmé para ya no tener bebés, y me dijo: “pero ¿por qué no me pides permiso?” “es que yo no tengo por qué pedirte permiso, porque, así como eres, no, si tu fueras responsable, otra cosa, pero así no, no eres responsable, eres mentiroso y no.

Marcela, 59 años, ES

En el testimonio anterior, la decisión de poner fin a la vida reproductiva se debió a las malas experiencias con compañeros que no asumían la responsabilidad económica de los hijos, por lo que al decir “es que yo no tengo porque pedirte permiso” se apropió de las decisiones y de su cuerpo. Sin embargo, si el cónyuge hubiese sido responsable, ella le hubiera permitido a él decidir sobre su cuerpo.

Igualmente se puede resaltar, que los discursos de los modelos obligatorios del ser mujer otorgan a los hombres la responsabilidad y cuidado de las mujeres, por lo cual las mujeres “eligen” en función a lo que sus parejas decidan. Sin embargo, las mujeres pueden negarse a cumplir con ese modelo si su pareja no cumple con la parte que le corresponde a esa construcción, por lo que recuperan lo que, en los

imaginarios sociales de la familia tradicional, les ha sido arrebatado, su capacidad de decidir.

Algunas mujeres manifestaron que al enfrentarse a circunstancias como a un hijo más que no esperaban, malestares por los anticonceptivos o problemas de infecciones de transmisión sexual, exigieron a su pareja el uso del condón o se negaron a mantener relaciones sexuales:

Ya no me puse nada, ni me pusieron nada, ya nada más mi marido se controlaba con los condones y así es como estuve porque le dije: “ya para que me ponga tanta cosa o me inyecto o vuelvo poner un dispositivo ya que todo me hace daño. Ahorita que ya estoy bien y limpia, mejor ponte los condones, si quieres y si no, no hacemos nada y ya”, y como que no quería y pues “no pues está bien” y entonces como tuve un problemita también de infecciones vaginales y eso igual le dije “no, sino te pones condón, ya no hacemos nada, porque yo me cuido, yo me atiendo, yo todo y luego de momento estoy mal, él que anda mal eres tú, entonces si tú no te cuidas o no te proteges, ya no hacemos nada” entonces lo tomó de esa manera “bueno está bien” y pues sí, si tiene condón pues adelante, sino no”.

Perla, 53 años, ES

Yo le decía a los pastores “es que tengo que estar con él porque si no me corre de la casa” y un día dijo la pastora, “no, no estés con él” porque ya me había contagiado de tricomonas, de hongos, tuve gonorrea, porque la debilidad de mi marido era irse a meter a un tugurio que se llamaba “El Jacal del Indio” y ahí había prostitutas, pero imagínate ¿Qué tipo de tugurio sería ese? Donde venía y me contagiaba de las infecciones que tenían las fulanas de ahí, entonces aquí me dijeron “tú no estás obligada si te produce problema, no estas obligada a cumplirle, eso está penado, lo puedes denunciar y te dan el divorcio”, o sea comprobando que había tenido las enfermedades, los hongos, las tricomonas, la gonorrea. Entonces ya fue cuando me empecé a negar.

Mariana, 70 años, ES

En ambos testimonios las mujeres se negaron a tener relaciones, en el primer caso fue a cambio del uso del condón, por lo que se puede señalar que después de tantas experiencias negativas las mujeres tienen capacidad de negociar; en el segundo testimonio fue el apropiarse del derecho a decir no, para no mantener relaciones sexuales forzadas⁸⁷, debido al consejo de su pastora (de la religión evangélica), que la instaba a negarse a los abusos sexuales.

⁸⁷ Amuchástegui (2018) explica que existen instituciones que reconstruyen y refuerzan las equivalencias culturales entre sexo, género, deseo y prácticas heteronormativas a las que denomina *sexualidades generizadas*. Una de estas instituciones es el débito conyugal el cual es obstáculos para la construcción de la

Las decisiones en este tipo de casos se dieron de formas distintas, algunas mujeres únicamente después de malas experiencias simplemente ejercieron el control sobre su cuerpo y negociaron con sus parejas. En otros casos, las mujeres necesitan ayuda de personas externas para poder adquirir la capacidad de decidir sobre su cuerpo, no sólo para la negociación, sino para negarse a los abusos que cometen los hombres, respaldados por los discursos del “cumplimiento” sexual.

Acerca de la atención en los servicios de salud y la imposición de modos de control de la fecundidad, un testimonio relató la capacidad de una de las mujeres de negarse a pasar por un procedimiento quirúrgico innecesario:

Ya después tuve una hernia, pero esto ya fue después de que nació la niña de quince y después de que me operaron la hernia, me dijeron, “si quieres te preparamos para operarte para que ya no tengas hijos” ya eran a mis cuarenta y tantos años, dije “ya para que, si ahorita ya no pienso tener hijos, no ahorita ya me cuido o sola, ya no me operen”. Ya para que me iban operar y volverme a cuidar otra vez más días para estar bien, y pues yo siempre he trabajado y dije “no, ya de la hernia me cuidé una semana nada más, porque no pude más tiempo” tuve que trabajar, ya otra vez cuidarme no ya no fui, ya no me programaron ni nada y ya no me operé.

Perla, 53 años, ES

El negarse a la operación se debía al tiempo de recuperación que le representaban dos intervenciones quirúrgicas, para ella era pérdida de dinero, al no poder contar con derechos laborales que le garantizan el pago de incapacidad, situación que comparten la mayoría de las trabajadoras del hogar entrevistadas.

El que los profesionales de salud busquen el cubrir metas sin considerar las elecciones anticonceptivas de cada mujer, es una práctica común. El negarse a un procedimiento quirúrgico no solicitado, es una forma de apropiarse de sí mismas, a pesar de que los motivos sean solo económicos y no la defensa de la ciudadanía, como el caso anterior.

Mujeres de este grupo relataron experiencias acerca de cómo tomaron decisiones sobre su cuerpo, optando por la operación, negándose a operarse

ciudadanía sexual, además de traer consecuencias a la salud diferenciales entre hombres y mujeres (Amuchástegui, 2018:5). En el caso de Mariana tenía relaciones sexuales forzadas por el débito sexual.

debido a que mantenían sus propias formas de control, exigiendo a su pareja que utilizara el preservativo para evitarse todos los efectos secundarios de los anticonceptivos y de las enfermedades. También se negaron a mantener relaciones sexuales forzadas. Es cierto que no expresaron un discurso de derechos sobre el cuerpo, pero si tomaron medidas para ya no seguir viviendo abusos sexuales o violaciones, enfermedades y embarazos no planeados.

Conocimientos y obtención de anticonceptivos

Las mujeres entrevistadas relataron diferentes formas en que obtuvieron la información acerca de las opciones para controlar su fecundidad o de “cuidarse”. Algunas mencionaron que supieron acerca de los anticonceptivos por los medios de comunicación, otras debido a lo que las personas dicen, otras por las instituciones médicas y educativas:

(¿Cómo supo del condón?) Pues ahora sí que los comerciales de la tele...
Sol, 30 años, ES.

(¿Cómo supo del condón?) Nadie, es que como la gente decía que el otro, que no sé qué y poco a poco me fui enterando de las cosas.
Lucero, 25 años, ES.

Pues nada más cuatro, y de esos pues he usado dos, pues los condones, las pastillas, las inyecciones y los parches, no sé si existan más” [...] “Si, al menos mis amigas y mis primas que tengo allá (usan anticonceptivos) [...] Pues me imagino que en las escuelas o en los centros de salud (les dieron la información).
Anahí, 23 años, ES

La información de persona a persona es una forma de adquirir conocimientos sobre el control de la fecundidad, por lo que las relaciones de confianza juegan un papel importante, por eso entre mujeres o conocidas tomaron en cuenta las recomendaciones para ciertas formas del control de la fecundidad.

Algunas de estas recomendaciones son formas de autoatención que se utilizan sin certeza de que funcionen, Mariana relató que utilizó mejorales y después óvulos espermicidas por recomendación de una amiga, asegura que esto le funcionó muchos años. La automedicación es una alternativa ante las dificultades ejercer los derechos reproductivos, aun cuando no sean tomados en cuenta los

riesgos para la salud del uso de determinados métodos anticonceptivos, como lo han documentado diversos estudios (Van Kammen y Oudshoorn, 2002; Erviti, Sosa y Castro, 2010).

Es importante destacar que en los testimonios muestran las diferencias generacionales, ninguna mujer joven menciona el uso de métodos, las prácticas cambian con los años. Algunas relataron que se administraban anticonceptivos sin prescripción médica debido a que no querían tener más hijos:

“¿A qué hora voy a ir a tanta consulta y tanta cosa de aquí?” y por eso ya no fui, ya las inyecciones yo me las ponía nada más en una farmacia, que tengo ahí en la colonia, yo iba, le decía que me pusieran una inyección, y ya también la señora me explicó, tengo la de cada mes y tengo las de dos meses, no pues deme la de dos meses para que no sea cada mes, pero pues nunca fue por un médico nada más yo solita.

Perla, 53 años, ES

Las instituciones de salud juegan un papel importante en la obtención de anticonceptivos, ya que es el lugar donde la mayoría de las mujeres recibieron una “consejería o recomendación de anticonceptivos”, sin la información acerca de sus derechos reproductivos. Además, las mujeres asimilan la información que les dan en las instituciones médicas, por lo que expresan que el control de los embarazos, solo les compete a las mujeres.

Se puede destacar que aun en las comunidades de origen, las instituciones de salud son un medio importante de obtención de anticonceptivos. Estos lugares son los espacios donde las mujeres se vuelven los cuerpos receptores de las políticas de planificación familiar:

Sí, algunas de las señoras de mi pueblo hacen eso, van al doctor o no sé qué tanto es lo que hacen [...] porque dicen que todo mundo habla puro, puro pastillas, puro que no sé qué tanto, o amarran su matriz, aja hablan mucho de eso. El doctor cuando hace junta, (porque) van doctores y hacen junta ahí, entonces de esas cosas hablan los doctores, por eso.

Marlene, 56 años, ES

En las instituciones de salud, los profesionales buscan que las mujeres sean las receptoras de la información de los anticonceptivos, incluidos los centros de salud

y las clínicas del IMSS de la CDMX, en donde se les habla a las mujeres acerca del control de los embarazos:

Parece que una de mis tías se lo recomendó(A su mamá), fue aquí en México, vino a México y ahí se la llevó mi tía, se lo colocó y gracias a Dios le fue muy bien con eso, porque nunca se quejaba, nunca sufrió, nunca le cayó mal y todo eso siempre se estuvo cuidando con eso y ya ahorita, ya no puede tener hijos, porque bueno, a parte como ya mi papá no vive, llegó así a tener la menopausia con el DIU, se le retiró la sangre, ya cuando ella supo que ya se le había retirado el sangrado, eso de que ya se va a la cierta edad, se lo quitó definitivamente.

Sol, 30 años, ES

A pesar de que las instituciones médicas sean las principales fuentes de obtención de anticonceptivos, no todas las mujeres de este estudio tienen acceso a los mismos servicios. En la CDMX algunas mujeres no controlaron sus embarazos por falta acceso estos servicios públicos:

(¿Intentó controlar los embarazos?) No hasta el tercero, porque primero estábamos bien, pero ya después hubo problemas y dije “ya no, para qué traigo más niños, si voy a seguir sufriendo de tanta cosa” eso fue cuando quise empezarme a controlar así bien, pero nunca encontré un método, seguro, bueno y como yo no tenía seguro, ni centro de salud ni eso, pues no me dieron una atención así, buena.

Perla, 53 años, ES

Y no me operé cuando tuve a Javier, porque nació en una clínica particular, porque pues no, ya no me alcanzaba el dinero para cubrir el gasto de la operación, si me quería operar, porque yo decía ya no, ya más hijos ya no.

Elena, 38 años, ES

En ambos testimonios las mujeres relatan que tuvieron a sus cuartas hijas sin planearlas, derivado de dificultades con el uso de anticonceptivos y el no poder pagar una operación de esterilización, sin contemplar la posibilidad de acudir a los servicios de salud públicos. Estos fueron motivos para que estas mujeres no evitaran embarazos no deseados. Esta es una cuestión importante sobre todo si se toma en cuenta que uno de los problemas para el acceso a los servicios reproductivos, son los tiempos de atención que chocan con los horarios de trabajo de estas mujeres:

Y me dijeron que no, que bueno, que fuera yo con mi médico familiar, ahí voy yo con mi médico familiar, “es que necesitamos ver ¿Cómo vienes? ¿Cómo estás? Que necesitamos estudios y que necesitamos no sé qué para ver qué es lo que tu

cuerpo necesita o que es lo que a tu cuerpo le va a caer bien y pues nada más así me traían y dije “ay ya no voy” porque como yo le digo siempre he trabajado.

Perla, 53 años, ES

Como se mencionó en párrafos anteriores, el que la mayoría de estas mujeres no cuenten con derechos laborales, debido a que no están afiliadas a la seguridad social, dificulta el que pueda acceder a la atención y servicios en horarios compatibles con su horario laboral.

En resumen, el acceso a los servicios de salud no es igual para las mujeres de este estudio, aunque la mayoría obtiene los anticonceptivos en los servicios públicos de salud. El que las instituciones de salud otorguen anticonceptivos, no significa que las mujeres obtengan información acerca del derecho a decidir, debido a que los discursos en los servicios de salud tratan sobre todo de la “obligación” que tienen las mujeres de cuidarse, discursos que ellas han incorporado subjetivamente.

Discursos de las políticas población que aprenden en las instituciones de salud

Las instituciones de salud tienen un papel importante no sólo como lugar para adquirir la información y los anticonceptivos, sino también en cómo tomaron o tomaran sus decisiones anticonceptivas, debido a que consideran que son los profesionales de salud los que mejor pueden orientarlas. Los discursos de estos profesionales son incorporados en sus narrativas, repitiendo lo aprendido en esos espacios:

(Los anticonceptivos) Pues para mi está bien, digo, para cuidarse, para no tener hijos, digo si yo tengo hijos, no me encantarían que se sigan, así como si fueran pollitos, o conejos exactamente, ahora sí que no sé qué me recomiende la ginecóloga, que método me quede, pues ese usaría para no quedarme embarazada.

Jandé, 30 años, ES

Es que ahí en el centro de salud, cada que va uno a consulta, dan platicas las trabajadoras sociales o enfermeras, dan platicas de cómo se deben de cuidar, de cómo debes llevar tu relación sexual, de hecho también para las chavitas y todo eso, también y en todos los centros de salud, que yo he entrado siempre dan las pláticas{...} No pues nada más nos decían que nos cuidáramos, que porque los hombres nada más nos llenan de hijos y al final de todo, las que sufrimos somos

nosotras, porque pues ellos son machistas, entonces pues este, pues dicen “pues al final de todo las que sufren son ustedes.

Paola, 38 años, ES

Resalta en estos testimonios, que en el discurso médico son las mujeres las únicas responsables de los embarazos y las que pudieron evitar tal situación, también son las no deben de dejar que los hijos “se sigan como pollitos”, invisibilizando la corresponsabilidad masculina en los embarazos y por tanto en el control de los embarazos

De esta manera las mujeres asumen “que se tienen que cuidar”, o deben considerar que “los hombres nada más llenan de hijos y al final de todo, las que sufrimos somos nosotras”, como dicen los testimonios relacionados con la consejería. Estos argumentos son los que ellas aceptan, para ser las receptoras de las políticas de población. Sumado a lo anterior hay que resaltar que estos discursos se toman como recomendaciones propias:

Pero si, yo lo único que puedo recomendar a las jovencitas es que se cuiden y que no sean mamás a muy temprana edad, porque es muy difícil y pues que los usen (los anticonceptivos) las jovencitas, porque la verdad eso de tener hijos nada mas así porque si, pues como que no, ahorita ya en la actualidad ya hay muchas cosas como para cuidarse y que se dejen embarazar, o sea yo digo que a pesar de que ahora hay más información, es cuando las jovencitas salen embarazadas y luego más chiquitas, de secundaria y así.

Elena, 38 años, Es

Los discursos sociales que se asimilaron de las campañas de población hablan sobre la responsabilidad de las mujeres al no evitar un embarazo. Al mismo tiempo relatan que la información otorgada en los servicios de salud representa una oportunidad para hacer visible lo que no habían contemplado antes:

Porque pues ya uno ya después de tener hijos, uno va al ginecólogo, uno va conociendo porque pues uno, está cerrado de ojos, pero ya después yendo al doctor ya le dicen a uno tienes que ir con el ginecólogo, o esto es para esto y así, entonces ya la doctora me dio una explicación y me dijo, te tengo que poner el dispositivo para que te cuides y no tengas otro bebé tan rápido.

Elena, 38 años, ES

Es evidente en los testimonios, que sabían acerca de las diferentes alternativas para controlar su fecundidad, pero ninguna menciona la importancia del derecho a

decidir sobre su cuerpo, ni siquiera se manifiesta en los testimonios el reconocimiento de la ciudadanía. Además, la información que se les brinda en los servicios de salud solo se enfoca a mujeres, sin considerarlas sujetos de derechos.

En los testimonios resalta que los profesionales médicos “hablan” con la mujer y el hombre acerca del control de los embarazos, pero toda la responsabilidad recae en el cuerpo de la mujer. Esto a pesar de que un hombre puede embarazar a varias mujeres al mismo tiempo y la mujer solo tiene un embarazo en un año (Lamas, 2010). Lo mismo ocurre con el desarrollo de nuevos anticonceptivos en la industria farmacéutica, los productos hormonales se desarrollan únicamente para las mujeres aunque éstos tengan efectos secundarios (Van Kammen y Oudshoorn, 2002). Así también, las mujeres entrevistadas asumían esa responsabilidad. Sin embargo, a pesar de aceptarlo, llegan a cuestionárselo:

(Que la promoción de anticonceptivos sea principalmente a mujeres) ¿Que pienso sobre eso? pues, por una parte, está bien, sirve que la mujer se cuida, toma precauciones, pero yo creo que también debería ser para los hombres, yo creo que hay hombres que, que tal vez no se cuidan, o quieren hacerlo así natural y este si he visto muchos hombres machistas, entonces como que, yo creo que también ahí se les debería de dirigir.

Anahí, 23 años, ES

Sí un médico como ellos, recomiendan mucho eso de cuidarse, porque también, yo creo que es como cosa del gobierno, de que ellos exijan. Los médicos ven mucho de que ya no haya más humanidad, más reproducción humana, porque ya somos muchos, o sea que ya somos muchos en el mundo y estamos acabando el mundo, entonces por eso el gobierno más que nada según dicen, que evitar eso, que eviten mucho ya la humanidad, entonces por eso creo que los médicos están como, pagados o no sé así, yo así lo veo, yo digo, si por eso yo lo veo así [...] (a quien le promueven más los anticonceptivos) Yo creo que a las mujeres yo digo, si por ejemplo es que el IMSS donde yo voy, hay como una cartulina en donde viene todos los tipos de métodos que para cuidarse y más que nada es de la mujer y del hombre que yo sepa nada más es la vasectomía nada más, o el condón.

Sol, 30 años, ES

En los testimonios anteriores, las mujeres no hacen una crítica desde el análisis de la economía global y el enfoque de género, tampoco la realizan analizando las políticas de población o las políticas internacionales de desarrollo y de

anticoncepción⁸⁸. Es a partir de su experiencia que relatan acerca de la insistencia de los médicos en realizar ese tipo de acciones sobre todo en los cuerpos femeninos. Lo anterior lo viven casi todas las mujeres bajo decisiones masculinas, o bajo un orden social que solo se enfoca en la reproducción de los cuerpos femeninos y lo productivo de los mismos cuerpos en el ámbito reproductivo.

Percepciones de la participación masculina en el control de los embarazos

Las mujeres según los discursos de población y de las instituciones médicas, son las principales responsables de sus embarazos, son ellas quienes deben asumir en su cuerpo y en sus subjetividades el control de su fecundidad, a pesar de que se cuestionen por qué ellas son las receptoras. Cuando se les sugirió a las mujeres de este grupo, que pasaría si existieran los anticonceptivos hormonales de uso masculino, respondieron lo siguiente:

No, no creo que él acceda, porque por ejemplo nosotros no, quién sabe si haya, con los médicos, por ejemplo en ocasiones que me han dicho que el DIU no está bien colocado, el si se cuida con condones, pero porque son pocos días, o sea no es definitivo, pero por ejemplo a mí nunca me ha comentado el medico que si haya algunas pastillas o algo que él lo pudiera hacer y no se las tomaría yo creo, yo digo que no, él por ejemplo la ¿Cómo? ¿Vasectomía? ¿Cómo se llama? (vasectomía) esa, no, no creo que él se la quiera hacer [...] (han contemplado la vasectomía) O sea si pero no está de acuerdo, pues es que no sé cómo sea de eso, de que si

⁸⁸ La promoción de la anticoncepción era (y es actualmente) en la práctica de la política demográfica y desarrollista, parte del supuesto orden natural y moderno de las cosas. En este mundo desarrollado las mujeres son contribuyentes en la producción económica en los últimos 30 años, por lo tanto los proyectos de género y desarrollo se basan en los «cuerpos productores» de mujeres, para mostrar lo crucial que son para el desarrollo, al cargar literalmente con el peso del crecimiento económico, de esa forma los estudios de casos y los informes estadísticos que miden el progreso y la contribución de la mujer, realizados por los gobiernos, las Naciones Unidas y las redes no gubernamentales, ponderan que la mujer es una «buena inversión» en los proyectos comerciales, gubernamentales y de desarrollo (Harcourt, 2011:58,93). Los enfoques de género están actualmente promoviéndose dentro de los marcos de desarrollo neoliberales, a menudo caracterizados como “instrumentalizadores” de la igualdad de género, que se basan, extienden y profundizan las desigualdades de género con el fin de mantener y fortalecer los procesos de la acumulación de capital global de varias maneras, todo a través de discursos y prácticas de desarrollo relacionados con las microfinanzas, la reproducción y los derechos y niñas adolescentes (Wilson, 2015:803). Basándose en ejemplos de la India y otros países, Wilson (2015) reflexiona sobre las experiencias de movimientos colectivos del supuesto enfoque de “Igualdad de género como economía inteligente”. “La igualdad de género como economía inteligente” lo usa para hacer una crítica del desarrollo en sí mismo, como un complejo de relaciones materiales desiguales y procesos que estructuran el compromiso entre el Sur global y el Norte global, también “La igualdad de género como economía inteligente” es considerada por la autora como el principal marco discursivo dentro del cual estas relaciones han sido construidas por más de 70 años. Wilson (2015) señala que el enfoque actual se centra en los adolescentes que en el Sur global es idealizado como el “agente” del desarrollo (Wilson, 2015:804).

él... o sea no sé si el hombre llega o sea sacar el esperma o ya no lo saca, no lo sé, no me han explicado eso, es que no sabe, o sea no sabemos, porque bueno no le ha explicado el médico, que según dice que no tienen nada que ver con eso, pero no sé, porque o sea la imagen que yo he visto ¿Cómo se llama? ¿Cómo se llama la cosita esa? ¿Cómo la partecita esa que viene como un tubito?, aja el conducto ese es el que se corta, o sea según, yo he visto la imagen, así viene, yo creo que él **ya no sé cómo se va a sentir**, porque muchos hombres así lo hacen, pero no sé cómo, por ejemplo, yo conozco así personas, pero tampoco les pregunto cómo es después de eso.

Sol, 30 años, ES

En el testimonio anterior es evidente la negociación cuando el método de anticoncepción femenino tiene probabilidades de fallar, la pareja está dispuesta a utilizar condón, pero sólo como opción temporal, no como medida permanente, así mismo la mujer plantea que si existieran hormonales masculinos no serían consumido por la pareja. Además, señala que la vasectomía no se la realizaría debido a “*cómo se va a sentir*” y por falta de explicación de los profesionales⁸⁹ de salud, porque no les brindan los pormenores de la cirugía para la vasectomía. Así pues, la responsabilidad de evitar los embarazos no deseados lo asumen ellas y la promoción de los anticonceptivos es para las mujeres.

Una de las jóvenes soltera, manifiesta que la pareja si se realizaría la vasectomía o si utilizaría algún método, debido a que considera que las decisiones de ese tipo son de ambos, lo que significa una negociación:

(¿él tomaría anticonceptivos hormonales si existieran?) Si, yo creo que sí, porque los otros novios no creo, el segundo era muy machista, te digo es de los que, pues no, que lo hubiera querido tomar, pero este si porque es un chico pues que sí me cuida y pues que él no quiere ora sí que yo me embarace así, luego, luego, o sea, todavía no quiere eso, le digo pues yo tampoco entonces, me imagino que él si se las tomaría y si no yo lo obligo.

Anahí, 23 años, ES

En el testimonio anterior se considera que las relaciones deben ser más igualitarias y que es posible una equidad en la negociación reproductiva basada en la confianza, a diferencia del otro testimonio de una mujer unida, en la cual no se menciona el compartir riesgos de anticoncepción. Lo anterior quizá muestra no

⁸⁹ Los profesionales de la salud consideran que la vasectomía es una agresión a la sexualidad masculina a pesar de presentar menos riesgos que la OTB (Erviti, Sosa y Castro, 2010:783, 784)

solo la diferencia de edad, sino también la situación biográfica en que se encuentra cada una.

A pesar de que se ha mencionado la promoción del control de los embarazos en el cuerpo de la mujer, un testimonio relata una recomendación médica de que ella no sea la única que asuma los riesgos de evitar los embarazos, lo que sugiere que algunos servidores de salud consideran el cuerpo masculino también como el sujeto reproductivo que debe participar también en el control de los embarazos no deseados, es decir la responsabilidad de los hombres en la concepción:

El médico si me ha dicho, él mismo, que sí se puede operar para que también no solo yo este cuidándome, si me lo ha dicho, pero pues yo, con que él esté de acuerdo, ya con eso ya estoy bien yo también porque, si él no estuviera de acuerdo nos estaríamos llenando de hijos.

Sol, 30 años, ES

En el testimonio la sugerencia es acerca de que la pareja asuma la intervención en su cuerpo para el control de los embarazos. Esta sugerencia es minimizada ante la conformidad con que la pareja le “permita” cuidarse (la permisividad). Además, el cuerpo masculino desde la visión de estas mujeres tiene mayor importancia por ser el proveedor, por lo cual los efectos secundarios del uso de anticonceptivos se perciben como riesgos sin importancia en el cuerpo femenino.

Efectos secundarios de los anticonceptivos

Algunas mujeres aceptan los efectos secundarios, debido a que para la economía de las parejas es mejor que las mujeres presenten ciertos malestares, a que se encuentren embarazadas de nuevo:

El DIU si, ese si porque es de cada seis meses, por ejemplo cuando me lo pusieron cuando él nació, la verdad que no fui, ya ni fui creo hasta el año y medio creo tenía cuando fui a checarme, y eso porque se me retiró la menstruación y dije “ay, no”, decía, “no vaya ser que se haya salido o algo así, me haya yo vuelto a embarazar” y así, es un relajo que me traía yo[...] (Porque cesó su menstruación) sí que es algo hormonal, que pasa por el cuerpo, que luego no permite que baje la sangre, también llega a provocar eso el dispositivo, pero a veces es mucha sangre o a veces es poca sangre[...] (con el implante) dicen que luego da mucha ansiedad, el médico dice que “quiero comer esto, quiero comer aquello”, ansiedad de estar comiendo y eso provoca que uno aumente de peso, porque es hormonal, y el otro no, es cobre, eso es cobre, como más natural, es mejor ese, pero pues,

pero también era muchísimo sangrado, eran flujos fuertes[..]Este, según esto se me va a retirar el sangrado, porque este no tiene mucho que me lo puse [...]
Sol, 30 años, ES

En el testimonio, la mujer asume que su cuerpo no está bien y por eso no puede usar DIU; relata los efectos secundarios como: los cambios drásticos de la abundancia de flujo o la ansiedad que la puede provocar el implante:

Si, él me la recomendó más el implante y que según es carísimo, me dijo el médico que es muy caro y este que según dicen que no cualquier a mujer se lo ponen, porque según eso es muy caro y yo porque como por el DIU, no se me colocaba bien y como tengo el útero así como muy chico así normal entonces por eso me lo colocaron a mi [...](como se sentía con el DIU) Eh bueno, bien, era muy bueno , pero yo como tengo el útero más corto que el otro (hace una seña con las manos poniendo una más debajo de la otra), entonces la “T” no puede quedar bien insertada, eso se desprendía, se descendía”.

Sol, 30 años, ES

La mujer de este testimonio era la que más hablaba de anticonceptivos debido a que al contar con IMSS, se realizaba revisiones constantes en PREVENIMSS la sección del seguro social en donde se otorgan los anticonceptivos, además de que relata que el personal que la atiende le ha informado qué es lo que más le conviene. También en las instituciones de salud, las y los profesionales de salud hablan de las características particulares anatómicas, como anomalías corporales⁹⁰ que dificultan la atención, sin plantear que es el anticonceptivo el que no es apto para el cuerpo de esa mujer en particular.

En los testimonios se tienen muy en cuenta los efectos secundarios del implante, como algo que debe de sufrir el cuerpo femenino, a diferencia de los comentarios acerca de la vasectomía, donde resalta la importancia del sentir de la pareja ante un procedimiento así. Lo anterior resalta la importancia diferencial de los cuerpos generizados en los discursos profesionales y sociales. Las mujeres asumen los efectos secundarios para evitar que las parejas puedan llegar a tener molestias por algo que consideran que les corresponde a las mujeres.

⁹⁰ Lo que Sol quería indicar es que tiene una trompa de falopio más abajo que la otra, lo que es normal en las mujeres, sin embargo, ella la asume como una anomalía, debido a lo que han indicado en los servicios de salud, por lo cual para ella su cuerpo se encuentra en una situación particular que la llevan a utilizar otro tipo de anticonceptivo.

Los efectos secundarios de los anticonceptivos son minimizados en las pláticas que se otorgan en los servicios de salud, acerca de los anticonceptivos, pero son las mujeres las que van relatando el efecto de los anticonceptivos en su cuerpo:

Es que me pusieron el dispositivo, pero me hizo una ulcera, entonces me lo quitaron y nada más me inyectaba cada dos meses, por eso fue que empecé a engordar, porque yo era muy delgadita pero con las inyecciones, si engordé un poco más [...]si me dijeron que corría yo riesgo de engordar, o sino que mi marido se cuidara nada más, con los, con los condones, entonces así era como le íbamos haciendo nada más, él se cuidaba y ya cuando era miedo, pues mejor yo me inyectaba, cada dos meses y cada dos meses me inyectaba, ya después quise que me pusieran el que va en el brazo, pero me dijeron que ya no me lo podían poner, porque ya estaba yo muy grande, pero si todavía fue cuando me embaracé de la niña, yo ya había perdido eso, fui a planificación y si les comenté, “no que con que me puedo controlar” “no pues que ya no te podemos poner el implante, porque ya estás muy grande, y pues solamente que se cuide tu marido o con las inyecciones”, ya no había otra cosa porque ellos ya sabían que el dispositivo me había ocasionado un ulcera, entonces eso yo ya no lo quería y ellos tampoco me lo pusieron.

Perla, 53 años ES

Si bueno, la doctora me ofreció pastillas, me ofreció inyecciones, una sola vez me puse una inyección, dije no, no lo vuelvo hacer porque me sentí mal, me puse muy mal y dije “no, inyecciones no”, Una, una nada más, una sola vez[...] (el tiempo que duró con malestares) Tres meses, “no” dije y pastillas no, porque se me va a olvidar y dije “no” [...] Nunca, nunca tuve problemas con el DIU hasta que me lo quitaron por los quistes...

Elena, 38 años, ES

En estos testimonios las mujeres narran los efectos secundarios experimentados por el uso de anticonceptivos. Destaca que cada una tomo una elección a partir de esa experiencia para el uso de anticonceptivos⁹¹. También algunas mujeres llegaron a manifestar el miedo que tienen o que alguna vez tuvieron a la operación de salpingoclasia para la esterilización femenina:

Es que también, dicen que la, la operación es amarrarla o cortar creo las trompas, eso hace daño, dicen, pues a mí me han dicho que si llega tener muchas consecuencias, por eso yo no me quiero operar [...] Por ejemplo yo conozco una señora, que dice que le ha contado el médico que tiene eso de que no puede controlar la pipi, incontinencia, sufre de eso, ella me dijo que le conto el médico que es consecuencia de la operación, llegan a tener muchas consecuencias de las operaciones, o sea la operación, llega a tener muchas consecuencias, (otra opción

⁹¹ Al respecto, Perla tenía la creencia de que fue el DIU el que le provocó cáncer en la matriz a su hermana.

a la OTB) como mi mamá, fue por su edad, nunca se operó para ya no tener más hijos, pues yo quisiera llegar hasta esa edad para no operarme.

Sol, 30 años, ES

Uno sí aja, es que a mí me decían que si cuando te operan para no tener hijos que te duele bien feo y otros, que no que engordas mucho, o que te pones de malas, de todo y que no sé qué, pues entonces yo, viendo todas esas cosas decía, “no, no me opero mejor”, pero ya cuando dice que su papá de mis hijas le dijo el médico que si yo no me operaba y yo me volvía a quedar embarazada corría el riesgo de morirme al momento del parto, entonces fue cuando decidió “sabe que opérela, nada más dígale a ella que yo ya autoricé que ella también autorice” si los dos estábamos de acuerdo me operaban y si no, no.

Paola, 38 años, ES

Los efectos secundarios de una intervención quirúrgica pueden ser motivo para no operarse y no comprometer al cuerpo a circunstancias adversas, a pesar de que ya lo han hecho antes con otro tipo de métodos no permanentes. Aunque a pesar del miedo a la operación la “autorización” de su pareja, para realizar una intervención en el cuerpo de la mujer, fue suficiente para descartar la negativa femenina.

En las instituciones de salud es primero el control natal y en segundo lugar el derecho a la salud, según narran los testimonios las mujeres que han presentado problemas de salud por los efectos secundarios de los anticonceptivos. Únicamente dos mujeres relatan que exigieron a su pareja, que fuera él quien evitara los embarazos el uso del condón. Aunque casi todas tienen bastante conocimiento sobre el uso de anticonceptivos, el conocimiento de sus derechos reproductivos como ciudadanas, no es proporcional.

Además, el cuidado del cuerpo masculino tiene mayor importancia que el femenino para las mismas mujeres, debido a que algunas prefieren sufrir los malestares de los anticonceptivos, que exponer a sus parejas un procedimiento quirúrgico. Esto debido a que asumen la responsabilidad de la anticoncepción, tal como les fueron ofrecidos los métodos para evitar los embarazos en los servicios de salud, como asuntos de mujeres y de sus partos, lo cual muestra que aún en aspectos de la salud, las estructuras de género tiene el orden jerarquizado y los varones ocupan el peldaño más alto, esto es considerado tanto por los

profesionales de la salud, los hombres y las mujeres quienes terminan siendo las receptoras de los anticonceptivos y de los problemas a la salud que conlleven.

Tal como se relató anteriormente, en los testimonios de las mujeres, en el caso de que la fecundidad femenina pueda representar un riesgo de salud para alguna mujer, es su asunto particular y le corresponde a su cuerpo resolverlo. Ante el caso de que el cuerpo masculino pueda presentar algún malestar o disfunción por la vasectomía, en las narrativas se plantea que le corresponde a la mujer evitar que el hombre presente algún problema, de nuevo el cuidado del cuerpo masculino es responsabilidad de las mujeres.

En este capítulo se desarrolló el análisis de los significados del papel de la mujer en la familia, la maternidad y los embarazos, todos ellos relacionados con las decisiones sobre reproducción. Las mujeres expresaron lo que la reproducción les representa con respecto a “ser mujeres”, un destino irrevocable el cual consideran gratificante y difícil. Lo anterior tuvo una influencia en las decisiones anticonceptivas, las cuales fueron navegaciones que tomaron rumbo según las circunstancias socioeconómicas, emocionales y afectivas de las mujeres, quienes en su mayoría sostienen a la familia o aportan económicamente resultado de su trabajo, sin beneficio en cuanto al respeto de sus derechos y decisiones.

Es importante agregar que el conocimiento de sus derechos reproductivos y el ejercicio de su ciudadanía es mínimo, en comparación a cómo sí han sido receptoras o tomaron estrategias para el uso de métodos anticonceptivos, sumado a la subjetivación que tienen acerca de los modelos impuestos de “ser mujer” que las lleva a asumir las decisiones de otros (cónyuges, grupos sociales y las y los profesionales de salud) en sus vidas y en su cuerpo como algo natural del ser mujeres.

Consideraciones finales

Para concluir hago una revisión de los resultados del estudio en el marco de las teorías y los objetivos planteados. Esta sección la desarrollé en función de los temas contenidos en los objetivos y guías de la entrevista, tal como fueron presentados en los resultados, lo que contribuye a la comprensión de cómo son los procesos para las decisiones anticonceptivas en este grupo de mujeres. Repaso la hipótesis interpretativa o guía de la investigación y enumero los límites del estudio. Finalmente presento algunas consideraciones que pueden contribuir y orientar a futuras intervenciones desde trabajo social.

Familia y relaciones intergeneracionales

En las narrativas de este grupo de mujeres –indígenas migrantes, trabajadoras del hogar— emerge lo que significa su posición en la familia y la importancia de la maternidad, los hijos y el embarazo. En el análisis de los textos de las entrevistas encontramos los significados que la reproducción tiene para ellas. Las mujeres, como lo señala Amuchástegui (2018:4), tienen un posicionamiento cultural y subjetivo diferente del de los hombres ante al placer y la reproducción, lo que va a tener consecuencias en las posibilidades de construirse a sí mismas como sujetos de derecho. Como vimos en el capítulo de resultados, sus discursos acerca de su posición en la familia (en el marco de un orden jerarquizado) condicionaban sus decisiones reproductivas, sobre todo porque al asumir una posición subordinada frente al varón, era la pareja quien generalmente decidía si la mujer podía o no llevar un control de su fecundidad.

La inequidad en las relaciones intergeneracionales al interior de la pareja era importante al momento de tomar decisiones anticonceptivas. En algunos casos no se les permitía conocer o utilizar métodos anticonceptivos para la regulación de los embarazos y en el mejor de los casos podían “cuidarse” con el permiso de la pareja. Sin embargo, esto no les parecía alarmante ya que consideraban que para ellas “ser mujer” tenía una relación importante con ser madre.

Las mujeres de este grupo expresaron que en su comunidad de origen las interacciones entre hombres y mujeres mantenían una situación de subordinación femenina. Esto se presentaba como característico de esos lugares, concibiéndose ellas como distintas a las mujeres de su lugar de origen al vivir en la ciudad. No obstante, expresaban que en sus comunidades la unión conyugal “se realiza para toda la vida” y esta forma de significar las uniones condicionaba su modo de actuar ante relaciones violentas, lo que además se justificaba por las diferencias entre los géneros.

En sus discursos eran críticas con lo que les sucede a las mujeres en su población de origen, no obstante, ellas repiten las mismas interacciones inequitativas con su pareja, lo que permite pensar en que estas mujeres han incorporado la jerarquía masculina de sus comunidades como parte del contexto sociocultural y, en algunos casos, evitaron estrategias de resistencia ante este tipo de situaciones, cuando ya radicaban en la CDMX.

En la interpretación de los discursos sociales acerca de la jerarquía masculina, las participantes más jóvenes fueron las más críticas, mientras que las de mayor edad relataban circunstancias de violencia o irresponsabilidad de parte de los cónyuges, como algo que los varones hacen por naturaleza y no por las estructuras sociales que favorecen esta posición. Las entrevistadas más jóvenes resaltaron la importancia de realizar una buena elección de pareja y de mantener acuerdos mutuos y respetarse entre sí para tener relaciones más equitativas en la familia.

Las mujeres que se atrevieron a realizar una crítica a las relaciones intergéneras en la pareja, en la CDMX, mencionaron que muchas de sus conocidas no tienen las “ventajas” de las que disponen las mujeres en sus comunidades ya que aquí ellas son quienes proveen y aun así son los varones quienes deciden. Las más críticas con las relaciones en el contexto citadino señalaron que el sustento económico de la familia le corresponde al marido, pero insistieron que desde la experiencia propia y de sus amistades esto no es así. Desde su punto de vista muchas de sus congéneras se quedan en relaciones

opresivas en la CDMX, debido a que su condición de migrantes no les permite conocer a más personas que las apoyen o por miedo a estar sin pareja, es decir, por temor a la soledad.

Es importante agregar que esta concepción jerárquica de los géneros y de las familias conlleva el riesgo del ejercicio de la violencia de género, de los hombres hacia las mujeres, misma que han experimentado la mayoría de las participantes. Lo relatado por las mujeres muestra cómo esta posición jerárquica les permitía a los varones ejercer una violencia legitimada, en palabras de las entrevistadas “por ser maridos de las mujeres”. Al hablar de las agresiones físicas o verbales de parte sus cónyuges, lo mencionaron como condiciones particulares o sucesos aislados de la sociedad citadina (que es muy heterogénea). Para las mujeres de este grupo, el carácter estructural de la violencia de género era invisible.

Discursos y mandatos del embarazo y la maternidad

Estas mujeres expresaron que tuvieron más hijos de los que deseaban. En la mayoría de las ocasiones (sobre todo las mujeres de mayor edad) no evitaron los embarazos, porque la unión implicaba la procreación. El embarazo representaba la llegada de la maternidad y por ello, al inicio de su vida reproductiva, no era relevante controlar su fecundidad, por la importancia de la maternidad en sus espacios socioculturales, ya fuera en sus comunidades de origen o en la CDMX. Para las participantes la maternidad es el rasgo característico de “ser mujer”, lo que es parte de los discursos de los modelos sociales impuestos (Juliano, 2004). Además, esta opción la ven como destino irrevocable.

En sus discursos, las mujeres entrevistadas expresaron las valoraciones sociales del “ser mujer” y consideran la maternidad como un rasgo característico que las lleva a la plenitud. A pesar de estas ideas generales de la maternidad, el cómo “decidieron” ser madres y lo que significa se relacionó con su edad, sus experiencias y sus circunstancias de vida.

Así entre las más jóvenes, un hijo o hija (o un segundo hijo o hija, en el caso de la que ya tenía uno) implica complicaciones para sus condiciones económicas actuales o suspender sus planes de desarrollo personal. Además, les preocupa que el embarazo suponga un riesgo a la salud o la posibilidad de llevar la carga emocional y económica de la crianza sin la presencia de un hombre, por tales motivos postergaban la maternidad o el siguiente hijo.

Para las mujeres que ya habían experimentado la maternidad, esta fue una experiencia negativa o positiva según las circunstancias en las que se encontraban y donde la presencia masculina era fundamental para ellas. En especial narraban como importante que sus parejas corresponsables de los embarazos asumieran la responsabilidad de la paternidad y la manutención para la crianza, lo que en la mayoría de los casos no sucedió.

Una vez enteradas del embarazo éste no podía interrumpirse, por el respeto a “los derechos del feto”, al cual la mayoría denominó “*ser vivo*”. Lo anterior muestra cómo los significados de la reproducción (embarazo y la maternidad) incidían en sus decisiones reproductivas. Ante la idea de interrupción del embarazo, mencionaban que esto “era no saber ser mujer”, manifestando un total desacuerdo con el aborto. Consideraban que para ellas el “ser mujer” es “ser madre”, tal como los modelos impuestos de ser mujer.

En los discursos expresados por las mujeres acerca de la maternidad y el embarazo se pueden observar construcciones del ser madres que relacionan lo satisfactorio con lo complicado de ese papel. Sin embargo, al referirse a sí mismas como mujeres de ciudad, la edad correcta de la maternidad, las circunstancias para vivir la maternidad, la importancia de planear ésta y el deseo por los hijos está permeado no solo por sus experiencias, sino también por los discursos con los que conviven de parte de sus redes sociales, amistades, patrones o conocidos, los medios de comunicación o de los profesionales de salud.

Decisiones anticonceptivas, necesidades reproductivas y derechos

La mayoría de las decisiones reproductivas se tomaron a partir de sus circunstancias. Así las navegaciones reproductivas (Van der Sijpt, 2014) permitían interpretar el cómo las mujeres entrevistadas realizaron acciones a partir de las distintas situaciones en las que se encontraban y del momento histórico social. En este grupo de mujeres, en la mayoría de los casos no había un plan de vida, por lo cual actuaban según las condiciones y sus necesidades.

Las decisiones anticonceptivas también se relacionaban con la posición social, el ciclo de vida en el que se encontraban las mujeres y la condición sentimental con su cónyuge. Además, repetían los patrones socioculturales de la familia de origen y de su comunidad. Todo lo anterior en conjunto, evidenciaba en sus trayectorias sexuales y reproductivas condiciones particulares con respecto al control de los embarazos.

A largo de los resultados se puede observar que este grupo de mujeres indígenas trabajadoras del hogar tomaron sus decisiones anticonceptivas, condicionadas por las relaciones intergeneracionales y los significados del ser mujer. La mayoría de las mujeres no pudo negociar al principio de sus uniones, o si negociaron, ellas mismas ignoraron su deseo de aplazar la concepción, debido a que el control de los embarazos y el uso de métodos anticonceptivos era “mal visto” por sus parejas. Además, el embarazo y la maternidad era un mandato que tenía que vivirse hasta que la fisiología lo permitiera, y de esa forma cumplían con el “destino” de los modelos impuestos de la maternidad.

También el “amor” emergió como elemento importante idealizado e idóneo en el cual puede ejercerse y realizarse la maternidad, ya que tiene su consumación en los hijos, por lo que enamoradas no le dieron importancia al control de los embarazos, aunque no desearan ser madres. Entre las razones para el no uso de anticonceptivos están también las que dejaron la concepción al azar, quienes también minimizaron el control de los embarazos.

Estas mujeres relataron que sus necesidades de control de los embarazos fueron según la edad y sus experiencias. Las más adultas comenzaron a darle importancia a evitar embarazos cuando ya tenían dos o más hijos y sus circunstancias económicas se habían complicado. Así mismo resaltaban la importancia que para las mujeres en cualquier etapa de su vida reproductiva representaba el tener acceso a los servicios de salud y de anticonceptivos.

Las más jóvenes y sin hijos expresaban más sus necesidades reproductivas a partir de una negociación en relaciones más igualitarias, destacando la importancia de un futuro planificado. Para ellas el controlar su fecundidad contribuye a alcanzar la movilidad social, lo cual puede provenir de los discursos difundidos por los medios.

Por otra parte, las mujeres participantes no realizaron expresiones acerca de su cuerpo como propio y por lo tanto no se referían a sí mismas como ciudadanas, sujetos de derechos, de esa forma quienes decidieron o intervinieron fueron los cónyuges, las familias, los espacios socioculturales, y los profesionales de las instituciones de salud (así como en las poblaciones de origen). A pesar de eso, algunas mujeres relataron experiencias de decisiones en su vida (frente a la violencia de género que estaban viviendo) o en materia reproductiva (con respecto a su cuerpo y el uso de anticonceptivos) después de enfrentarse a condiciones adversas.

Lo anterior sugiere que, aunque las mujeres no hablen de ciudadanía sexual o reproductiva o no tengan discursos de derechos sexuales y reproductivos, en ocasiones realizan actos de resistencia como: la negociación del uso del condón masculino, el solicitar una obstrucción tubaria bilateral sin considerar la autorización del cónyuge, el rechazar una intervención quirúrgica no solicitada, el negarse a relaciones sexuales y decidirse a levantar demandas ante instituciones de impartición de justicia. Sin embargo, su condición socioeconómica, su posición frente a la jerarquía masculina y el que las autoridades no actuaran frente a sus demandas, obstaculizaron la defensa de sus derechos.

Las instituciones de salud en las decisiones anticonceptivas

Es importante destacar el papel de las instituciones de salud que son los lugares donde obtienen los métodos anticonceptivos, pero también son espacios en donde se reproducen las relaciones intergeneracionales desiguales y otras asimetrías (como las de clase o raza), aun cuando las personas que las atendieron fueran profesionales mujeres (esto debido a la adscripción a la masculinidad de la medicina como institución). En esos escenarios, las mujeres están subordinadas a las decisiones de los demás, ya sea por los profesionales de la salud, hombres o mujeres⁹², que realizan prácticas generizadas, reafirmando la posición subordinada de las mujeres frente a sus cónyuges.

En las instituciones de salud, las mujeres de este estudio están expuestas a discursos esencialistas acerca de su responsabilidad como cuerpos reproductores, discursos que los subjetivizan y por lo tanto se auto-perciben como las principales responsables de evitar los embarazos, asumiendo los efectos secundarios del uso de anticonceptivos. Ellas mismas expresan que el cuerpo masculino es más sensible a los riesgos de una vasectomía y menos prioritario para el control de los embarazos.

Tales discursos también se encuentran en las representaciones de las y los profesionales de salud, quienes señalan que los riesgos de una vasectomía deben reflexionarse con más cuidado que los riesgos de una OTB, adscribiéndose a las creencias de que la vasectomía puede causar problemas a la sexualidad masculina, aunque éstos sean menores que las secuelas en las mujeres ante una obstrucción tubaria bilateral (Erviti, Sosa- Sánchez y Castro, 2010).

Los cuerpos femeninos son los receptores de los métodos de la regulación de los embarazos sobre todo durante el parto y con frecuencia bajo coacción (Castro y Erviti, 2003; Sosa- Sánchez, 2018). Las mujeres de este estudio narraban que

⁹² Al respecto Pozzio (2014) señala que el que en el campo de la medicina la mayoría de la matrícula son mujeres en nuestro país, sin embargo, no garantiza una atención mejor hacia sus congéneres o evita las prácticas de subordinación hacia otras mujeres, esto lo atribuye a que en los espacios de enseñanza se siguen reproduciendo los discursos de género, los cuales las profesionales de la salud aceptan debido a la presión de género a la que están expuestas.

cuando estaban solas y con dolor durante el trabajo de parto, las personas que las atendían les preguntaban por el método que iban a utilizar, y algunas señalaban que el cónyuge era consultado primero y era quien tomaba la decisión. De esta manera, los médicos le confirmaban a la mujer la decisión del que ocupa la jerarquía más alta en la pareja. Por lo anterior, se puede resumir que en las instituciones de salud se promueven los métodos anticonceptivos, pero no los derechos reproductivos.

Aunque la mayoría de las participantes interiorizó los discursos adquiridos en las instituciones de salud, dos mujeres jóvenes se cuestionaron porque los métodos anticonceptivos en su mayoría son para mujeres y por qué los médicos los promueven durante el parto. Así mismo, una de ellas comentó que su pareja sí compartiría la responsabilidad de evitar los embarazos si ella se lo propusiera lo que puede significar (quizá por diferencias generacionales) que comienzan a plantearse el derecho a decidir o negociar con respecto a su reproducción y no solo aceptar las imposiciones.

Acerca de la hipótesis guía de investigación

Con respecto a la guía de trabajo de esta investigación, ésta señalaba que el cambio de contexto se relaciona con la manera de significar el embarazo y la reproducción, y por lo tanto influía en las decisiones anticonceptivas de las mujeres indígenas trabajadoras del hogar. Los resultados presentados muestran esta resignificación y su influencia en la toma de decisiones anticonceptivas.

Por ejemplo, mencionaron cómo en sus poblaciones de origen las diferencias de género otorgan a los hombres mayor respeto que a las mujeres, reafirmando la posición que éstos tienen en la jerarquía social y familiar. Además, los testimonios muestran como los varones son más valorados que las mujeres, a pesar de su comportamiento. Por lo cual, la mayoría veían este orden social como algo inmutable en el lugar en que crecieron.

El que las entrevistadas cuestionaran la familia y el papel de los hombres y las mujeres en las comunidades de origen, permitió comprender que ya no se asumían como las mujeres de sus comunidades, y realizaban expresiones que daban a entender que ese orden social se fue volviendo ajeno a medida que se convertían en mujeres de ciudad. Ellas consideraban que no estaban en la misma condición que las mujeres de campo, aunque las actitudes y prácticas que denominaron “machistas” y la violencia de género hacia las mujeres se repitieron en la CDMX y estas situaciones influyeron en la toma de sus decisiones anticonceptivas.

También hubo cambios en sus imaginarios, en relación con la idea de familia tradicional, como el hecho de que las mujeres se hubieran separado, lo que cambiaba su discurso acerca del papel de la mujer en la familia. Sumado a ello la ausencia de la vigilancia social comunitaria en la CDMX ya no ejercía la misma presión para mantener las relaciones de pareja y el control de los varones en sus decisiones anticonceptivas. Así mismo expresaban estar menos dispuestas a soportar maltrato.

Las mujeres más jóvenes unidas o no unidas, llevaban bastantes años fuera de sus comunidades de origen, por lo tanto, los significados con respecto a la reproducción y el control de los embarazos estaba más permeado por sus condiciones socioculturales actuales. De esa forma sus discursos de en qué momento y cómo ser madres son influenciados por los discursos que circulan en la CDMX.

Por otro lado, los discursos del control de los embarazos que se difunde en la CDMX influyen no solo en su percepción de cuantos hijos tener (de casi todas las entrevistadas), sino en la forma de cómo se expresan acerca de sus necesidades anticonceptivas. Sin embargo, aunque la CDMX es considerada la ciudad del país con mayores avances en la defensa de los derechos de las mujeres, se puede observar que las participantes no los han subjetivado, ya que no se asumen como ciudadanas con derechos.

Límites del estudio

Los debates entre los abordajes cuantitativos y cualitativos se han centrado en la cuestión de la generalización de los resultados de una investigación cualitativa. Ante esto los investigadores cualitativos han argumentado que la generalización de sus resultados no deriva de una cuestión de representación estadística, sino que los resultados de los estudios cualitativos son generalizables a través de su capacidad para generar teorías sobre la comprensión del fenómeno en estudio. Así, aunque desde la perspectiva de la generalización estadística los resultados de este estudio representan al grupo de mujeres incluidas en éste, podemos esperar que estos resultados se presenten también en grupos de mujeres con características semejantes.

Además, en los discursos de los sujetos particulares se observa la incorporación y aceptación del orden social, los comportamientos socialmente aceptados y normalizados. Y, en tanto el lenguaje es un producto social, al estudiar a los sujetos particulares podemos comprender los significados y comportamientos del grupo social al que pertenecen éstos.

Una limitante, fue que la entrevistadora no habla ninguna lengua indígena, por lo que al hablar con dos mujeres que eran bilingües, le fue difícil comprender algunas ideas que expresaban, sin embargo, no fue determinante para la comunicación. También, no se pudieron encontrar particularidades específicas de cada grupo indígena en los relatos, porque el estudio se realizó con mujeres de distintas poblaciones y grupos indígenas, solo se encontraron generalidades dentro del grupo de las participantes, pero no de los diferentes grupos étnicos, debido a la heterogeneidad de la muestra.

Una limitante que se tomó en cuenta para el análisis fue la diferencia generacional entre mujeres del grupo seleccionado, considerando que esto podía tener una influencia importante en lo expresado, debido los diferentes discursos que estuvieron expuestas las mujeres en diferentes épocas y por el tiempo de residencia que llevaban en la CDMX. Sin embargo, no hubo diferencias

significativas en cuanto a las experiencias y las mismas fueron interpretadas a la luz de esta consideración.

Se considera importante destacar que por falta de tiempo no se pudo transversalizar el análisis de género con la perspectiva interseccional, ya que desde esta perspectiva la investigación hubiese dado cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder” (Viveros, 2016: 2) y las dimensiones de diferencia productoras de desigualdad (Acker, 2006: 442) en las que vivían estas mujeres. La interseccionalidad enmarca las diferentes formas de opresión en las que el mundo está organizado y actúan como mapas, señalando dónde se sitúan los conjuntos de relaciones, manifestadas en categorías (la clase, el género y la raza y otras más) y materializadas en relaciones concretas. La jerarquía es resultado de relaciones de poder que se naturalizan y están vinculadas a las divisiones sociales emergentes y sujetas a contingencias históricas, en función de las diferentes constelaciones de poder, distintas en el tiempo y espacio (Anthias, 2013:6, 7).

Desde la perspectiva interseccional, las primeras experiencias de estas mujeres en la CDMX muestran esas divisiones sociales, la organización de la opresión, ya que en sus primeros trabajos se insertaban a la modalidad de planta y estuvieron sometidas a abusos laborales, que iban desde el control de los horarios, hasta el control de los alimentos e incluso algunas fueron incomunicadas de sus redes familiares. Además, eran consideradas mujeres sin capacidad de comprensión por la diferencia del idioma, así que recibían regañones constantes, por ser migrantes recién llegadas. Cuando las mujeres de este grupo adquirieron experiencia, o ya eran de segunda generación evitaron este tipo de situaciones, o realizaron estrategias para no seguir soportando ciertos maltratos (como abandonar el empleo sin avisar).

Las mujeres estuvieron bajo la tutela de otras mujeres no indígenas (sus empleadoras), quienes asumían el papel de tutoras y se tomaban atribuciones en la vida de sus empleadas, que en el mejor de los casos aplicaban la consejería bien intencionada, lo cual tuvo influencia en las elecciones de vida (con respecto a

las relaciones de pareja) y en otras circunstancias menos favorables buscaban controlar la vida de sus trabajadoras, asumiendo que las mujeres indígenas contaban con poco entendimiento.

Además, algunas participantes relataron experiencias de acoso sexual de parte de las parejas de sus empleadoras. Otras hablaron de los despidos injustificados, discriminación antes de ser contratadas y discriminación durante sus estancias laborales. Con respecto a las nuevas redes que fueron tejiendo en la CDMX, algunas eran rechazadas por familiares del marido, debido a su condición de mujeres de provincia y fueron señaladas como inferiores por hablar una lengua indígena, aunque en esos casos sus parejas eran también indígenas migrantes pero de segunda generación.

Por lo tanto, para una mirada interseccional se requería de análisis muy exhaustivo que debía entretenerse con el análisis de género, pero por cuestiones de tiempo y espacio no se pudo agregar. Si bien las experiencias en las que se podían profundizar desde la interseccionalidad tuvieron influencia en sus decisiones anticonceptivas de estas mujeres, las desigualdades fueron analizadas a partir de las relaciones intergeneracionales (a lo que estamos expuestas todas las mujeres). Por tal motivo el análisis interseccional se desarrollará más adelante en un artículo de investigación.

Algunas reflexiones para el trabajo social

Las personas, aún subordinadas, tienen un pequeño espacio de libertad para tomar decisiones (Simmel, 1986), como las mujeres participantes de este estudio, quienes “decidieron” a partir de los otros o a partir de sus propias experiencias. Los y las profesionales de trabajo social deben aprovechar esos espacios de libertad para ayudar a subjetivar en estas mujeres la ciudadanía y los derechos que implican, como en este caso serían los derechos reproductivos.

Así pues, como sugerencias para futuras estrategias de intervención, es importante evitar repetir asistencialismos que reproducen la hegemonía masculina

y generan dependencia de las instituciones que ejercen supuesta protección, bajo políticas que mantienen la exclusión social (Kisnerman, 1998: 57). En los siguientes párrafos se identifican algunos puntos sobre los que poner atención:

Utilizar un enfoque de capacidades. Estos resultados muestran que este grupo de mujeres realizan cuestionamiento a la jerarquía masculina y al control de las instituciones de salud sobre su cuerpo. Esta situación facilita intervenciones enfocadas al desarrollo de las capacidades sexuales y reproductivas, con estrategias desde el enfoque de las capacidades⁹³ (Nussbaum,2012). El Estado mexicano en su artículo 4 de la Constitución Mexicana otorga a las mujeres igualdad de derechos y la libre elección de tener hijos, y el artículo 67 de la Ley General de Salud salvaguarda los derechos de las poblaciones indígenas en materia reproductiva, aunque en la realidad no sea de esa forma, se puede comenzar a construir la subjetivación de los derechos. Las mujeres de este grupo no interiorizaban lo que está impreso en la ley y en sus discursos no emergieron los derechos como elementos de su subjetividad. Esto permite plantear la necesidad de enfocarse en el desarrollo de sus capacidades internas⁹⁴(Nussbaum, 2012: 38), porque es importante para la ciudadanía sexual que las mujeres cuenten con las capacidades combinadas y sobre todo las capacidades internas.

Estrategias dirigidas a las mujeres con enfoque en subjetivar la ciudadanía sexual. Es importante el ejercicio de los derechos y la demanda de infraestructura de servicios, sobre todo en materia de salud sexual, y para ello no es suficiente que existan leyes formales y la infraestructura, sino que éstos deben ser exigidos por los sujetos en las diversas prácticas sociales. Se sugieren estrategias enfocadas a los procesos subjetivos de la ciudadanía sexual⁹⁵ (Amuchástegui,

⁹³ El enfoque de las capacidades se desarrolla en la página 57.

⁹⁴ Capacidades que deben ser desarrolladas a través de las condiciones sociales y económicas que el Estado proporcione, es decir, mejorar la calidad de vida para todas las personas) (Nussbaum, 2012:38)

⁹⁵ Señala Amuchástegui (2018: 4) que tales procesos implicarían las prácticas individuales y colectivas de *apropiación* de los derechos que se encuentran en los instrumentos jurídicos con respecto a la “*autorización de sí* con respecto al cuerpo y sus placeres, en un marco de definición de justicia social

2018: 4), para el desarrollo de las capacidades internas en materia de derechos reproductivos con ciudadanas en circunstancias similares a las de estas mujeres indígenas migrantes trabajadoras del hogar, que participaron en este estudio.

Acompañamiento desde trabajo social. También es importante señalar que algunas participantes se atrevieron a terminar con el control de parejas violentas, a partir del impulso y acompañamiento de personas de confianza. Es importante considerar en las estrategias de intervención que las mujeres requieren de acompañamiento para defenderse de la violencia. A partir de la ayuda psicológica otorgada por los centros o personas que acompañaron a las mujeres, estas comprendieron que no deben ser víctimas de violencia y de esa manera comenzó el reconocimiento de su ciudadanía. Debido a lo anterior es importante desarrollar desde trabajo social estrategias dirigidas a las y los profesionales en centros de atención a la violencia, promoviendo salir a las comunidades ya que las ciudadanas dudan o no se atreven a acudir solas a solicitar ayuda para el ejercicio de sus derechos.

Capacitación a servidoras y servidores públicos. Así mismo hay que considerar estrategias de intervención dirigidas a las servidoras, pero sobre todo servidores públicos de las instituciones que imparten justicia, para evitar la discriminación cuando las mujeres acuden a solicitar la defensa de sus derechos. En este estudio, la búsqueda de justicia no fue exitosa porque los funcionarios (hombres) que atendieron a estas mujeres actuaron sin sensibilidad, ni capacidad para comprender e ignorando sus derechos.

Estrategias de intervención hacia las y los profesionales de salud. También es necesario sugerir estrategias dirigidas a las y los profesionales de salud con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, para que los servicios de salud reproductiva dejen de ser un dispensario de anticonceptivos, donde se reafirme la jerarquía masculina y se conviertan en los lugares donde se les hable a las mujeres de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, y no únicamente se les responsabilice del control de los embarazos. Es importante descentralizar el

cuerpo femenino en materia de control de la fecundidad en estas instituciones, sobre todo los cuerpos de las mujeres indígenas o pobres.

Estrategias de intervención, dirigidas a profesionales que atienden en los servicios de ILE, en materia de derechos. Se sugiere desarrollar intervenciones con profesionales de atención en los servicios de interrupción legal del embarazo, en materia de derechos sexuales y reproductivos, sobre todo si se considera que los grupos próvida, desde la puerta de acceso a estos servicios, utilizan estrategias de convencimiento y manipulación de la información, sin respetar la decisión de por sí difícil para estas mujeres.

Promoción de centros de apoyo para trabajadoras del hogar y capacitación a sus trabajadores. Es necesario promover estrategias de intervención que den a conocer lugares donde estas mujeres puedan encontrar apoyo, lugares tales como Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del Hogar (CACEH), debido a que ninguna de ellas conocía este lugar, y promover la creación de más centros este tipo de. Este centro cuenta con cursos sobre el uso anticonceptivos y dispone de material didáctico acerca de los derechos sexuales, además de contar con bastante material en contra de la discriminación. Se sugiere colaborar desde trabajo social en desarrollar cursos que promuevan ciudadanía sexual con enfoque de género y de capacidades, sobre todo en materia sexual y reproductiva.

Estrategias desde trabajo social dirigidas a los medios de comunicación. Las ciudadanas incorporan discursos a través de los medios de comunicación masiva. Ante esto es importante desarrollar estrategias dirigidas a la promoción de derechos sexuales y a los programas de salud reproductiva (que han hecho a un lado la salud sexual) para sus estrategias de marketing social. Es importante promover los derechos sexuales y reproductivos, la ciudadanía sexual, la no imposición de anticonceptivos y la importancia de la corresponsabilización masculina en el control de los embarazos.

La mayoría de las consideraciones aquí propuestas se dirigen a funcionarias y funcionarios públicos, profesionales de salud o activistas en el ámbito de la salud

sexual y reproductiva, debido a que las mujeres de este grupo no cuentan con ciertas capacidades internas, derivado de una combinación de circunstancias sociales, políticas y económicas. La trabajadora o el trabajador social no pueden cambiar estas circunstancias de un momento a otro, pero si pueden incidir desde su trabajo con otros profesionales para modificar las prácticas incorporando una perspectiva de atención a las mujeres, no como sujetos de discriminación sino como ciudadanas con derechos. Si cambia el discurso genérico que manejan las y los profesionales de la salud o se influye un poco en la subjetivación de tales profesionales o funcionarios, comenzaran a transmitirle a las mujeres nuevos significados, los cuales pueden subjetivar de nuevo, ya que gran parte de su conocimiento en materia anticonceptiva se obtiene sobre todo de las instituciones de salud, por lo cual los discursos expresados para esta investigación son una combinación de lo adquirido en sus comunidades o en la CDMX y en las instituciones de salud que sumado a sus circunstancias particulares influyeron en sus decisiones anticonceptivas.

REFERENCIAS

- Abthias, Floya (2013) "Interseccionalidad ¿qué? Divisiones sociales, interseccionalidad y niveles de análisis", *Ethnicities*, 13(3) pp. 3-19.
- Acker, Joan (2006) Regímenes de desigualdad, Género, clase y raza en las organizaciones, *Gender & Society*, Vol. 20 No. 4, August 441-464.
- Aguayo, Sergio (2012) Del resentimiento a la indignación en *Dos mundos bajo el mismo techo Trabajo del hogar y no discriminación*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, pp. 15-18.
- Alonso, Luis Enrique (1998) Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa, en *La mirada cualitativa en sociología*, Fundamentos, Madrid, pp. 1-23.
- <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2016/01/Alonso-Cap-2-Sujeto-y-Discurso-El-Lugar-de-La-Entrevista-Abierta.pdf>
- Amuchástegui, Ana (2001). "La negociación del significado mediante el método", *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México: Edamex, pp.173-228.
- Amuchástegui Herrera, Ana y Rivas Zivy, Marta (2004) Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 19, núm. 3 (57), pp. 543-597.
- Amuchástegui (2018) Procesos subjetivos de ciudadanía sexual en México: heteronormatividad y salud, Reunión sobre sexualidad, salud y derechos humanos, México. pp. 1-8.
- Anaya, Claudia (2012) Hacia una legislación no discriminatoria del trabajo doméstico, en *Dos mundos bajo el mismo techo Trabajo del hogar y no discriminación*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, pp. 39- 45.
- Ander- Egg E. (2006) *Métodos y Técnicas de la Investigación Social III*, Buenos Aires, Hvmánitas.
- Araiza Díaz, Alejandra (2004) Empoderamiento femenino: el caso de la comunidad zapatista de Roberto Barrios, *feminismos*, Núm 3, pp. 135-148.
- Araiza Díaz, Alejandra (2006) Las mujeres indígenas en México: un análisis desde la perspectiva de género *Quaderns-de l'Institut Català d'Antropologia:08/b*. Miscellània pp.1-17.
- Arrieta, Ainara (2009) *El trato social hacia las mujeres indígenas que ejercen trabajo doméstico en zonas urbanas*, Colección Estudios 2008, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Bautista, Marcelina (2012) Hacer algo distinto para erradicar la discriminación y explotación hacia las trabajadoras del hogar en *Dos mundos bajo el mismo techo Trabajo del hogar y no discriminación*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, pp. 29-35.

- Barroso, Carmen y Correa, Sonia (1991) Servidores públicos versus profesionales liberales: la política de la investigación sobre anticoncepción. *Estudios Sociológicos*, 9(25), pp. 75-104.
- Berger y Luckmann (1968) Introducción El problema de la sociología del conocimiento, en *La construcción social de la realidad*, Argentina, Amorrortu editores, pp. 11-33.
- Berger y Luckmann (1968) "Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana" en *La construcción social de la realidad*, Argentina, Amorrortu editores, pp. 34-63.
- Brachet Marquez, Viviane (1984) El proceso social en la formación de políticas: el caso de la planificación familiar en México, *Estudios Sociológicos* II: 2 (3), pp. 309-333.
- Bourdieu, Pierre (2000) La dominación masculina, Editorial Anagrama, Barcelona
- Brown, Josefina Leonor (2008) Los derechos (no) reproductivos en Argentina, encrucijadas teóricas y políticas, *Cuadernos Pagu* (30), 269-300.
- Caldwell, John (1980) Mass Education as a Determinant of the Timing of Fertility Decline, *Population and Development Review* 2(6), pp. 225-255.
- Camarena Córdoba, Rosa María (2001) Educación, Medios de comunicación y salud reproductiva, en *Encuentros y desencuentros de salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales* (coord.) Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern, México, El Colegio de México, pp. 137-164.
- Casas, Lidia (2004) *Mujeres y reproducción ¿Del control a la autonomía?* Colección de Informes de Investigación, número 18, año 6, Chile, Centro de Investigaciones Jurídicas, Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales.
- Castillo Magdaleno, María de los Ángeles (2012) Testimonio de antes y ahora en el trabajo del hogar, en *Dos mundos bajo el mismo techo Trabajo del hogar y no discriminación*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, pp. 111-117.
- Castro, Roberto (1996). "En busca del significado. Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo" en Szasz, Ivonne y S. Lerner. *Para comprender la subjetividad*, México: COLMEX, pp. 57-85.
- Castro, Roberto y Bronfman, Mario (1999) Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud, en *Salud Cambio Social y Política; perspectivas desde América Latina*, coord. Castro, Roberto y Bronfman, México, EDAMEX Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) pp.49-64.
- Castro Roberto y Erviti Joaquina (2003) La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A y Espinoza G. (Comps.). *Género y política en salud*. México: SSA-UNIFEM, pp. 255-274.

- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2009) *Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*, reparado para presentar en el Congreso 2009 de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Río de Janeiro, Brasil pp. 1- 14.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015) *Derechos reproductivos y derechos en salud en Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, Cuernavaca, México, UNAM, Centro regional de investigaciones Multidisciplinarias pp. 38-41.
- Castro Vazquez, María del Carmen (2008) *De pacientes a exigentes: un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, Hermosillo, Sonora, México, El Colegio de Sonora.
- Chávez Galindo, Ana María; Héctor Hernández Bringas; Catherin Menkes Bancet et al., (2007) “La salud reproductiva de la población indígena”, en *Los indios de México en el siglo XXI*, Héctor Hiram Hernández Bringas, Cuernavaca, México, UNAM Centro regional de investigaciones Multidisciplinarias, pp. 23-42.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2002) Recomendación general no.4 Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de los Miembros de las comunidades Indígenas Respecto de la Obtención de Consentimiento Libre e Informado para la Adopción de Métodos de Planificación Familiar.
- http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral_004.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2007), Recomendación 66/2007. Sobre el recurso de impugnación de los habitantes de la comunidad indígena de el Camalote, municipio de Ayutla de los Libres, Guerrero, México, 2007. (consultada 02 de marzo 2017).
- http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/2007/Rec_2007_066.pdf
- Comisión Nacional Para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres CONAVIM (2012) *Compra venta de mujeres y matrimonios forzados, Estudio Nacional Sobre las Fuentes, Orígenes y Factores que Reproducen la Violencia Contra las Mujeres*, tomo I, volumen II, México, SEGOB.
- Comisión Nacional Para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres (CONAVIM) (2013) “Violación de derechos reproductivos y esterilización forzada” Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que reproducen la violencia contra las mujeres, México, SEGOB, pp. 187-198.
- Consejo, Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014) *La pobreza en la población indígena de México*, 2012, México, DF. CONEVAL.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2011) *Encuesta Nacional Sobre Discriminación (2010) Resultados sobre trabajadoras domésticas*. México.
- <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-TD-Accss.pdf>
consultado 11/02/17

- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2012) Derechos iguales para las trabajadoras del hogar en México 30 de marzo, Día Internacional de las Trabajadoras del Hogar http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Trabs-Hogar-DI-2012_ACCSS.pdf 11/12/17
- Comité de América Latina y el Caribe Para la Defensa de los Derechos de la Mujer (1999) *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú* 1996-1998. Lima, Perú: CLADEM.
- Correa, Sonia y Petchesky, Rosalind (2001) “Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista”, En J.G. Figueroa (ed.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, México, D.F: PUEG UNAM pp. 99-138.
- Correa, Sonia (2003) “Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política” *Aportes al Debate*, Uruguay San José Montevideo: Mysu pp. 5-38.
- Cruz Neto, Otávio (2007) El trabajo de campo como descubrimiento y creación, *Investigación social: teoría, método y creatividad / María Cecília de Souza Minayo... [et al.]*.- la. ed. 2a reimp Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Robertis, Cristina (2003) Significación de la persona en la intervención Profesional en *Fundamentos del trabajo social. Ética y metodología*, España, Sevilla: Nau Llibres Universitat de València, pp.59-72.
- (consultado 30 de diciembre de 2017)
- <http://bookspoes.club/es/read.php?id=847642695X&src=fbs>
- Duek, Celia y Inda, Graciela (2014) La teoría de la estratificación social de Parsons: una arquitectura del consenso y de la estabilización del conflicto, *Revista THEOMAI, Estudios críticos sobre Sociedad y Desarrollo*, número 29
- Diccionario de la Real Academia Española (2017) consultado octubre 2017 <https://dle.rae.es/?id=BwLsxjt>
- Durin, Séverine (2013) Servicio doméstico de planta y discriminación en el área metropolitana de Monterrey, *Relaciones* 134, pp. 93-129.
- Echeverría, Rebelín (2016) Mujeres indígenas rurales trabajadoras domésticas: exclusión social en el espacio urbano de Mérida Yucatán, *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Volumen Especial, enero-junio, pp. 93-110.
- Early, S. Letherby (2003) “Introducing gender, identity and reproduction” in Early S. y Letherby G. *Gender, Identity and reproduction*, United Kingdom, Palgrave Mcmillan.
- Erviti, Joaquina (2005) “introducción” en *El aborto en las mujeres pobres sociología de la experiencia*, CRIM, UNAM, México. Pp. 19-28.
- Erviti, Joaquina, Itzel A. Sosa Sánchez and Roberto Castro (2010) Social Origin of Contraceptive Counseling Practices by Male Doctors in Mexico *Qual Health Res* 20, pp.778- 787.
- Espinosa Damián, Gisela (2008) Maternidad indígena, los deseos, los derechos y las costumbres, en *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* Tomo II,

- Susana Lerner e Ivonne Szasz coordinadoras, México, El Colegio de Mexico, pp.141- 202.
- Fernández, Inés (2004) "Medicina y poder de los cuerpos" *Thenatha, revista de filosofía*, núm. 33, pp. 191-198.
- Fernández, J. Manuel .2000. La construcción social de la pobreza en la sociología de Simmel, *Cuadernos de Trabajo Social*, 13, 15-32.
- Fine, Michelle (1999) Sexualidad, educación y mujeres adolescentes. El discurso ausente del deseo, en Marisa Belausteguigoitia, Araceli Mingo (Coord) *Géneros prófugos: Feminismo y educación* pp. 291-322.
- Flores, Carmen *et al.* (2005), "Mujeres indígenas migrantes, sus derechos, salud sexual y reproductiva", *Revista Katálisis*, 8 (1) pp. 111-123.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en México UNFPA. http://www.unfpa.org.mx/ssr_indigenas.php
- Freyermuth Enciso, Graciela (2000) *Morir en Chenalhó Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, Tesis doctoral.
- Freyermuth Enciso, Graciela (2003) *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Instituto nacional de las mujeres Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, Porrúa.
- Frías, Sonia M. (2017) Family and Partner Violence Against Women: Forced Marriage in Mexican Indigenous Communities. *International Journal of Law, Policy and The Family*, 31, pp. 60–78.
- García Andrade, Adriana (2009) La teoría de la estructuración y su observación desde la acción: los límites del análisis, *Estudios Sociológicos*, vol. XXVII, núm. 79, 2009, pp. 31-61.
- Geertz, Clifford (1996). capítulo 1, "Descripción densa: *Hacia una teoría interpretativa de la cultura*, en. C. Geertz. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, pp. 19-40.
- Giddens, Anthony y Sutton Philip W. (2013) *Sociología*, Séptima edición, Alianza Editorial.
- Gobierno de México. (2006). *Ley General de Salud-México*, Cámara de Diputados. Recuperada en Abril 26, 2018.
- Goffman, Erving (2001) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, 1a cd. 3a reimp.- Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.
- González de la Fe, Teresa (2003) Capitulo 7. El interaccionismo simbólico, en *Teoría sociológica moderna* Salvador Giner (coord.) Ariel, Barcelona, pp.167-218.

- González Placencia, Luis (2012) Trabajo del hogar y desigualdad de género, en Dos mundos bajo el mismo techo Trabajo del hogar y no discriminación, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, pp. 91-99
- González Ruiz, Edgar e Infante Hoyas, Gabriela (2001) Perfiles de conservadurismo sexual, en *Encuentros y desencuentros de salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales* (coord.) Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern, México, El Colegio de México, pp.195-222
- González Montes, Soledad (1999) “Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México, *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*. Soledad González Montes (Coord), México, El colegio de México Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa salud reproductiva, pp.15-51.
- GIRE (2015) Anticoncepción, en *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, México, GIRE, pp. 17-52.
- Harcourt, Wendy (2011) ¿Qué son las políticas corporales? Antecedentes, en *Desarrollo y políticas corporales*, Debates críticos en género y desarrollo Serie General Universitaria, Barcelona, España Ediciones Bellaterra, pp. 23-56.
- Harcourt, Wendy (2011) Cuerpos reproductores Población y desarrollo: cuatro puntos de partida, en *Desarrollo y políticas corporales*, Debates críticos en género y desarrollo Serie General Universitaria, Barcelona, España, Ediciones Bellaterra, pp. 57-92
- Hernández Rosete, Daniel *et al.* (2008) Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México, *Revista de Saúde Pública*, 42(1), pp. 131-138.
- Hernández Sampieri, Roberto *et al.* (2010) “Capítulo 5 Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa” y en *Metodología de la investigación*, quinta edición, México, McGraw-Hill, pp. 76-89.
- Hernández Sampieri, Roberto *et al.* (2010) “Capítulo 7 Concepción o elección del diseño de investigación” en *Metodología de la investigación*, quinta edición, México, McGraw-Hill, pp. 118-169.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010) Consulta interactiva del CENSO de población y vivienda 2010. Consultado el 30 de Octubre, 2017. http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=1
- Izcara Palacios, Simón Pedro (2007). *Introducción a muestreo*, editorial Miguel Ángel Porrúa, México.
- Jasso Martínez, Ivy (2011) Vulnerabilidad y población indígena en León Guanajuato, *Ideas CONCYITEG*, 6 (75), pp.113-13.
- Juárez-Ramírez Clara; Márquez-Serrano, Margarita; Salgado de Snyder, Nelly *et al.* (2014) La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos

- mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana Salud Pública* 35(4), pp.284-290.
- Juliano, Dolores (1996) *Las que saben...Subculturas de mujeres*, Madrid, España, Horas.
- Juliano, Dolores (1996) Las que saben... elaboraciones feministas y subculturas de las mujeres, *Revista Política y Cultura*, 6 pp. 8-25.
- Juliano, Dolores (2004) "Los modelos obligatorios y sus castigos" en Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica, Ediciones Cátedra universitat de Valencia, España pp.43-77.
- Juliano, Dolores (2004) "Las respuestas" en Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica, Ediciones Cátedra universitat de Valencia, España pp. 79-107.
- Juliano, Dolores (2010). El cuerpo fluido. Una visión desde la antropología, *Quaderns de Psicologia*, Vol. 12, No 2, pp. 149-160.
- Kirk, Dudley (1996) Demographic Transition Theory, *Population Studies*, 50, *Great Britain*, pp. 361-387.
- Kisnerman, Natalio (1998) *Pensar el trabajo social. Una introducción desde el construccionismo*, Argentina-México, ediciones Edward, grupo editorial Lumen Humanitas.
- Krais, Beate (2006) Gender sociological theory and Bourdieu's sociology of practice. *Theory, Culture and Society*, 23(6) pp. 119-134.
- Lamas, Marta (1995) La perspectiva de género, *La tarea, revista de educación cultural de la sección No. 47 de SNTE*, No. 8 pp. 14-20.
- Lamas, Marta (1986) La antropología feminista y la categoría género, *Nueva Antropología*, 8 (30), pp. 173-198.
- Lamas, Marta (2000) "Diferencia de sexo, género y diferencia sexual", *Cuicilco*, 7(18), pp. 1-24.
- Lamas, Marta (2001). "Maternidad: ¿que proponer como feminista?". En, *Política y Reproducción*, Plaza Janes, México, pp. 13-29.
- Lamas, Marta (2001) "Mujeres y Población: la construcción de la conciencia reproductiva", en *Política y Reproducción*, Plaza Janes, México, pp. 31-41.
- Lassonde, Louise (1997) Los desafíos de la demografía, México, FCE,UNAM.
- Lerner, Susana, G. Rodríguez e I. Szasz (2008) "Introducción", en S. Lerner e I. Szasz (coord.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo I. México: El colegio de México, pp. 3-20.
- Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (2013). Necesidades y derechos en salud reproductiva. Elementos para considerar en una legislación actualizada. *Revista Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, pp. 47-68.
- López Patarra, Neide (1973). Transición demográfica: ¿Resumen Histórico o Teoría de Población? En *Demografía y Economía VII*: 1, pp.86-95.

- McDonald, Peter (2000). Gender Equity in Theories of Fertility Transition, *Population and Development Review*, 26 (3) pp. 427-439.
- Mancinas Espinoza, Sandra Elizabet (2014) La construcción del sujeto de intervención en trabajo social. Un análisis histórico-crítico. *Revista Praia Vermelha, Estudos de Política e Teoria Social*, 24 (4), pp. 377-402.
- Maquieira, Virginia (2008) Genero sexo y sexualidad en Beltrán Pedreira, Elena, Virginia Maquieira D'Angelo, Silvina Álvarez (coord) *Feminismos Debates teóricos contemporâneos*, pp.173-190.
- Mata Maqueda, Ivette, (2011) Factores asociados a la baja cobertura de la Planificación Familiar en Mujeres Indígenas, en Edad fértil, con vida sexual activa, de San Idefonso Amealco. Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro Tesis Maestría en Investigación Médica, línea terminal en Salud Publica.
- Matus, Teresa (2006). Apuntes de Intervención Social, Manuscrito no publicado, material preparado para fines didácticos del curso Propuestas Contemporáneas en Trabajo Social. Magíster en Trabajo Social, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- <https://trabajosocialucen.files.wordpress.com/2012/04/apuntessobreintervencionsozial.pdf>
- Mendoza D, Sánchez M, Hernández MF, Mendoza ME. (2009) 35 años de planificación familiar en México. La situación demográfica de México 2009, México, Consejo Nacional de Población pp.39-52.
- Minjarez Sosa, Lourdes Betina (2015) Exclusión en salud reproductiva: una realidad emergente en contextos rurales de migración indígena. Caso: Jornaleras agrícolas de la Estación Pesqueira, en, Jesús Ángel Enríquez Acosta, Manuela Guillén Lúgigo, Blanca Aurelia Valenzuela y Martha Elena Jaime Rodríguez (Coords.) *Sonora en Sociedad, cultura y educación en Sonora Problemas, Vulnerabilidad y Cambio Social*, México, Universidad de Sonora, pp. 67-93.
- Muñoz Ramírez, Gloria (2014) Anticoncepción forzada, opinión Los de Abajo, Diario la Jornada 30 de agosto de 2014.
- Navarro Llobregat, Belén (2013) Tipología de clientes en Trabajo Social: una herramienta para la mejora de la intervención profesional, *Documentos de Trabajo Social*, 52 pp.30-53.
- Nussbaum, Martha C. (2012) "capitulo 2 Las capacidades centrales", Crear capacidades, España, Espasa Libros, pp.37- 65.
- Organización Mundial de la Salud (2003) Salud reproductiva. Proyecto de estrategias para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo, Consejo Ejecutivo.
- Pateman, Carole (1995) El contrato sexual, Iztapalapa. México, Barcelona Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana.

- Pozzio, Maria (2014) "El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada": Feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México. *Salud Colectiva*, 10(3):325-337.
- Reartes, Diana (2010) Movilidad territorial y construcción de vulnerabilidad frente a ITS/VIH/SIDA entre estudiantes indígenas de Chiapas *Miradas en Movimiento-MeM* Volumen IV, pp. 70-95.
- Richardson, Eileen H. & Turner Bryan S (2001) Sexual, Intimate or Reproductive Citizenship? *Citizenship Studies*, Vol. 5, No. 3 pp. 329-338.
- Romero Zepeda, Jorge A (2012) Promoción del empoderamiento de género en la población indígena en Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras, *Estudios Sociales*, 20 (40), pp. 292-312. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572012000200011
- Romero Zepeda, Jorge A. (2013) Usos y costumbres de la Planificación Familiar en la población otomí del estado de Querétaro: un análisis desde las parteras tradicionales y su contribución a la sustentabilidad social, México, Universidad Autónoma de Nuevo León, Tesis de Doctorado.
- Ruiz Olabuénaga, José Ignacio (2012) *Metodología de la investigación cualitativa* (5a. ed.): Bilbao, Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Sánchez Zepeda, Andrea Kenya (2011) La ubicación del objeto de estudio en movimiento. Una posibilidad de científicidad para la investigación desde el Trabajo Social, *Revista trabajo Social*, No 20, pp. 99-112.
- Sautu, Ruth (2005) El diseño de una investigación: teoría, objetivos y métodos, en *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. la ed.- Buenos Aires: Lumiere pp. 21-52.
- Sautu, Ruth (2005) y Teorías y marcos teóricos macro y microsociales, en *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. la ed.- Buenos Aires: Lumiere pp. 54-84.
- Salles, Vania; Tuirán, Rodolfo (2001) El discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma? en: Stern, C.; Figueroa, G. (Coord.). *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México, pp.93-112.
- Secretaría de Salud (2014) Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013 y 2018, México, Programa Sectorial de Salud.
- Scott, Joan (1990), en Nash y Amelang (eds.) "El género: una categoría útil para el análisis histórico" *Historia y género: las mujeres en Europa moderna y contemporánea*, Valencia pp. 25-56.
- Schutz, Alfred (1999) *Estudios sobre teoría social*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Simmel, George (1986) "III. La subordinación" *Sociología: Estudios sobre las formas de socialización*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 206-298.

- Simmel, George (2011) *El pobre*, Editorial Sequitur, España.
- Sosa Sánchez, Itzel Adriana (2013) Aproximaciones teóricas sobre el género, la reproducción y la sexualidad, *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. Año VIII, No 15, pp. 182-206.
- Sosa-Sánchez, Itzel y Menkes Bancet, Catherine (2014) "Como te ven te tratan". Desigualdades sociales en servicios públicos de salud reproductiva en México, en Laura L. Rodriguez Wong, John Antón Sánchez (coords.). *Situación de la población afrodescendiente e indígena en América Latina – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20*, pp. 161-176.
- Sosa-Sánchez, Itzel Adriana (2018) Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva, *Alteridades*, 28 (55): Págs. 87-98.
- Stefoni, Carolina y Fernández, Rosario (2011) Mujeres inmigrantes en el trabajo doméstico. *Entre el Servilismo y los derechos*, en *Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* Editora Carolina Stefoni, pp.45-72.
- Stern, Alexandra Mina (2006) Esterilizadas en Nombre de la Salud Pública: Raza, Inmigración y Control Reproductivo en California en el Siglo XX, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(2) pp. 173-189.
- Strauss, A. y J. Corbin (2002). "Codificación selectiva", en A. Strauss y J. Corbin. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Colombia: Edit. Universidad de Antioquia, pp. 157-178.
- Strobl, Ingrid (1994) *Fruto extraño: sobre política demográfica y control de población*, Virus, Barcelona.
- Taciana Vitti, Vaneska y Junqueira Carmen (2014) Mudanças demográficas e culturais no comportamento reprodutivo do povo Kamaiurá: uma análise por meio de coortes en *Coordenadores Laura L. Rodriguez Wong, Jhon Antón Sánchez, Situación de la población afro-descendiente e indígena en América Latina – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20*, pp. 131-146.
- Taylor, S.J. Bogdan, R (1992) *Introducción a los métodos cualitativos en investigación: La búsqueda de los significados*, España, Editorial Paidós.
- Vázquez García, Verónica; Flores Hernández, Aurelia (2003). Uso de anticonceptivos entre mujeres indígenas. Un estudio de caso del sureste veracruzano *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 24 (93), pp. 153-177.
- Van der Sijpt, Erica (2014) Complexities and contingencies conceptualised: towards a model of reproductive navigation, *Sociology of Health & Illness* Vol. 36 pp. 278–290.
- Van de Kaa, D. J. (1997), *Narraciones ancladas: Historia y resultados de medio siglo de investigaciones sobre los determinantes de la fecundidad*. En *Notas de Población* No 66 CEPAL/CELADE. Santiago de Chile, pp. 9-85.

- Van Kammen, J y Oudshoorn, Nelly (2002) Gender and riskassessment in contraceptive technologies, *Sociology of health and illness*, 24(4), pp. 436-461.
- Vázquez Sandrin, German (2010). Fecundidad Indígena, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y Miguel Ángel Porrúa, México.
- Velasco, Lourdes (2016) Cambios y permanencias en las experiencias sexuales de tres generaciones de mujeres indígenas originarias de los altos de Chiapas, *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*,4, pp. 154-167.
- Viveros, Mara (2009) “Sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual”, *Revista Latinoamericana de Estudios Familiares*, vol. 1, pp. 63-81.
- Viveros, Mara (2016) “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”, *Debate feminista*, 52, pp.1-17.
- Weber, Max (2002) “Conceptos Sociológicos fundamentales” en *Economía y Sociedad*. Esbozo de sociología comprensiva, México, Fondo de Cultura Económica, pp.5-23.
- Weeks, Jeffrey (1998): *Sexualidad*, México, Paidós.
- Weissbrodt, David & Divine, Michael (2015) Unequal access to human rights: the categories of noncitizenship, *Citizenship Studies*, 19:8, 870-891.
- Wilson, Kalpana (2015) The “New” Global Population Control Policies: Fuelling India’s Sterilization Atrocities, *DiferenTakes*, Population and Development Program No. 87 pp: 1-5.
- Wilson, Kalpana (2015) Towards a Radical Re-appropriation: Gender, Development and Neoliberal Feminism, *Development and Change*, International Institute of Social Studies 46(4): 803–832.
- Yañez Pereira, Víctor R. (2015). La genealogía del Trabajo Social contemporáneo. En *Reflexionando las disciplinas*, Libros Editorial UNIMAR, pp. 107-126.
- Young, Iris Marion(2005) *On female body experience, in Trowing like a girl, and other Essays*, Studies in Feminist Philosophy, *Editor*,Cheshire Calhoun, Series,Oxford.
- Zárate, A. L. Manuel, R. Saucedo y M. Hernández-Valencia (2015) Carl Djerassi: “In memoriam”. Pionero de la creación del “anticonceptivo oral” y hombre polifacético, *Perinatología Y Reproducción Humana* 29(1),pp.41-44.
- Zúñiga, Ricardo .1996. Haciendo emerger actores y sujetos: el trabajador social como actor y sujeto, *Revista de Trabajo social*, 4, pp.7-21.
- Zúñiga Elena, Beatriz Zubieta, Cristina Araya y David Delgado (2000). Cuadernos de salud reproductiva, Queretaro México. CONAPO.

ANEXO 1

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MUJERES INDÍGENAS MIGRANTES **Un estudio sobre decisiones anticonceptivas con trabajadoras del hogar en** **la CDMX**

GUÍA DE ENTREVISTA

I. IMAGINARIOS Y DESEOS DE MATERNIDAD

Indagar acerca de representaciones e imaginarios de la maternidad y los hijos.
Indagar en sus deseos de ser madres (con quién, cuándo).

II. ANTICONCEPCIÓN

Indagar acerca de los conocimientos y prácticas en materia anticonceptiva, del origen de esos conocimientos y de sus prácticas.

III. PATRONES CULTURALES Y DE GÉNERO

Explorar los patrones culturales acerca de las relaciones intergeneracionales (la pareja) y de las responsabilidades de maternidad – paternidad; así como las experiencias que le dan significado o resignifican la maternidad.

IV. IDENTIDADES Y CONDICIONES DE VIDA

Explorar sobre sus condiciones de vida, sus identidades y relaciones sociales en la CDMX; así como lo que representa para ellas el ser trabajadoras del hogar