



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES

MIS ACCIONES SON MI DESCENDENCIA
Esterilización voluntaria en un grupo de mujeres y hombres
sin hijos/as por elección en México

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTORA EN ANTROPOLOGÍA

PRESENTA

GABRIELA PINEDA HERNÁNDEZ

TUTORA PRINCIPAL

Dra. Blanca Zoila González Sobrino
Instituto de Investigaciones Antropológicas

INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTORAL

Dra. Ángeles Sánchez Bringas
Universidad Autónoma Metropolitana

Dra. Teresa Valdivia Dounce
Instituto de Investigaciones Antropológicas

LECTORES

Dr. Juan Guillermo Figueroa Perea
El Colegio de México

Dra. Abigail Meza Peñaloza
Instituto de Investigaciones Antropológicas

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE DE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con profundo agradecimiento

A las mujeres y los hombres que participaron en este estudio,
por permitirme entrar a su vida y ser vocera de su experiencia.

A mis asesoras de tesis, Blanca, Ángeles y Teresa,
por su orientación, paciencia y confianza en esta investigación.

A mis lectores, Juan Guillermo, por su generosidad
para compartir su conocimiento;
Abigail, por su valiosa revisión y sugerencias.

A mis amigas y amigos, que me acompañaron y compartieron
mis alegrías y ansiedades dándome ánimo siempre.

A los amores de mi vida, Katy, Alberto y Nassim,
por su cariño y respeto a mis ideas,
y por ser mi motor en todo momento.

A Gabriel, por darme aliento y fortaleza para creer en mí,
por su escucha y diálogo constante, por equilibrarme
y brindarme su amor incondicional.

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I	11
APROXIMACIONES TEÓRICAS A LA NO REPRODUCCIÓN	
Dimensión biológica y cultural de la reproducción. Una perspectiva evolutiva	12
¿Qué es lo que lleva a los seres humanos a reproducirse?	14
Pensar la no reproducción desde el enfoque evolutivo	19
Sociodemografía y cambios en los patrones reproductivo y familiar	23
Modificación en los arreglos familiares y descenso de la fecundidad en México	26
El valor social y económico de la reproducción humana	32
CAPÍTULO II	34
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN	
Experiencia de la sexualidad y nuevas configuraciones afectivas en el contexto de la juventud en México	35
El cuestionamiento a los mandatos de género: la construcción social de la maternidad y la paternidad	40
Ser madre. De la imposición a la decisión	40
Paternidad y masculinidad hegemónica	46
Creación de nuevas identidades: rechazo a la reproducción	52
Resurgimiento del antinatalismo y la emergencia de los grupos <i>childfree</i>	52
Mujeres y hombres sin descendencia por elección. Abordajes teóricos	56
CAPÍTULO III	65
LA ESTERILIZACIÓN HUMANA EN PERSPECTIVA	
La ética de la anticoncepción y esterilización voluntaria	67
Control de la reproducción humana	78
Utilización de métodos anticonceptivos en México	78
Esterilización humana: oclusión tubaria bilateral (OTB) y vasectomía	83
Alcance de los derechos sexuales y reproductivos: esterilización voluntaria y autodeterminación corporal	93
CAPÍTULO IV	96
ANTECEDENTES METODOLÓGICOS	
Situando el conocimiento	98
La trama conceptual	102
Selección del grupo participante y construcción de los instrumentos metodológicos	105

CAPÍTULO V	112
ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA EN MUJERES Y HOMBRES SIN HIJOS/AS POR ELECCIÓN. HALLAZGOS	
PRIMERA PARTE. SIN HIJOS/AS POR ELECCIÓN	112
Sobre la decisión de no tener hijos/as	
Un hijo es una responsabilidad muy grande	113
No me gustan los niños	115
El embarazo me provoca miedo	117
Dejar de engendrar acabaría con los males del planeta	119
No podría lidiar con un hijo de mala entraña	121
Empecé a volverme una persona idealista	122
Tener hijos es una trampa para las mujeres	125
La sociedad fomenta la reproducción	127
La familia como fuente de modelos	
Mi madre decía “ya lo pagarás cuando tengas hijos”	133
Mi papá nunca ha sido un modelo a seguir	138
Estaba dedicado a cuidar a mi hermana	140
¡Quiero un nieto!	142
Una vida sin hijos/as por elección	
Es mi realización como persona, mi libertad	144
Los <i>childfree</i>	147
Una familia de dos	149
El futuro: pensar que estaré solo	152
SEGUNDA PARTE. ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA	156
Elección de un método anticonceptivo permanente	156
Miedo y limitación en los encuentros sexuales	157
Uso prolongado de anticonceptivos hormonales	161
El equipo de salud ante la esterilización voluntaria en mujeres y hombres sin hijos/as por elección	167
Contexto de la atención a la salud sexual y reproductiva	168
Solicitud de OTB y vasectomía en mujeres y hombres sin hijos/as	173
Métodos anticonceptivos quirúrgicos: criterios médicos	177
Importancia del consentimiento informado	185
Consejería médica y esterilización voluntaria	190
La relación médico-paciente	197
Trayectoria de atención médica y esterilización voluntaria	201
La solicitud. “Estoy buscando una salpingoclasia”	201
Rechazo a la solicitud. “Te ven como si no supieras lo que dices”	209
Realización de la cirugía. “Durante la operación sientes cómo te jalan”	213
Beneficios posteriores. “Tome una decisión sobre mi cuerpo”	219

CONCLUSIONES	225
BIBLIOGRAFÍA	236
ANEXOS	
I. Guía entrevista en profundidad. Esterilización voluntaria – Mujer	256
II. Guía entrevista en profundidad. Esterilización voluntaria – Hombre	259
III. Formato de consentimiento informado	262
IV. Guía entrevista en profundidad para las/os prestadores de servicios médicos	263

INTRODUCCIÓN

Desde las últimas décadas del siglo pasado a nivel mundial se ha experimentado una importante reducción en los patrones reproductivos de la población en México. La tasa global de fecundidad ha disminuido consistentemente reportándose 2.1 hijos/as por mujer para 2018, además existen estimaciones que indican que, de los 32.9 millones de mujeres en edad fértil que hay en el país, el 33.7% no tienen hijos/as (ENADID en INEGI, 2019).

El fenómeno del descenso de la fecundidad se mostró sostenidamente desde los años setenta con la implementación de políticas que buscaron disminuir el crecimiento de la población garantizando el acceso a métodos anticonceptivos eficientes, lo que reflejó un cambio significativo en las normas de reproducción y sexualidad. La posibilidad de contar con educación, oportunidades laborales y movilidad social, permitió a los adultos jóvenes situar sus esperanzas en sí mismos, más que en su descendencia (Ariès, 1987) y la participación de las mujeres en la vida económica, social y política del país coadyuvó a modificar las preferencias reproductivas de la población y con esto reducir el número de hijos/as que se deseaban o incluso formar la idea de no tener descendencia.

La reproducción se concibe como un derecho a través del artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cual se establece que todas las personas pueden decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos/as que desean tener y el espaciamiento entre ellos/as. Pero ¿qué pasa cuando lo que se desea es no tener hijos/as?

El problema de esta investigación busca visibilizar un grupo difícil de encontrar en las estadísticas nacionales: las mujeres y hombres que eligen no tener hijos/as y que por ello voluntariamente buscan una esterilización. Si bien existen trabajos que han abordado el deseo o elección de no tener descendencia, entre los que destaco aquellos de corte feminista que cuestionan ampliamente el binomio mujer-madre

subrayándolo como una construcción cultural, es necesario continuar ampliando su comprensión y el análisis de las diferentes aristas ya que la decisión de no reproducirse tiene alcances biológicos y socioculturales, remite al espacio de la autodeterminación corporal y su impacto es visible en la transición demográfica, así como en el sistema político, económico y sanitario.

Por tanto, el presente trabajo está conformado analíticamente en dos niveles: el primero describe la experiencia de mujeres y hombres con vida sexualmente activa, que han decidido no tener hijos/as y además han buscado anular su capacidad reproductiva mediante un método de tipo quirúrgico y definitivo; el segundo explora la atención que reciben en los servicios de salud para conocer las tensiones que se presentan en el ámbito médico al solicitar una esterilización voluntaria.

Debido a que la reproducción es uno de los pilares de la ciencia médica –los recursos científicos, humanos y económicos invertidos en el desarrollo de las tecnologías reproductivas lo ponen de manifiesto–, su rechazo derivado de la elección de un modelo de vida sin hijos/as, puede resultar incomprensible y derivar en representaciones erróneas: en los hombres suele ponerse en duda su masculinidad y en las mujeres se asume que la maternidad es el principal proyecto de vida para todas; quienes eligen no ser madres o padres pueden ser percibidas/os como personas antinaturales, rebeldes, egoístas e inmaduras.

En cualquier caso, es frecuente que en el ámbito social y médico se ponga en duda su decisión y se pidan argumentos suficientes para explicar el rechazo a tener hijos/as. Cuando, por el contrario, no es frecuente que se cuestione al padre de un recién nacido o a una mujer embarazada sobre las razones por las que decidió ser madre. A la elección de reproducirse no se le exige un análisis o justificación, como si no fuera importante una deliberación profunda y razonada (Overall, 2012).

La confrontación y descrédito a los grupos con creencias y necesidades en salud alternativas a las concebidas por el modelo médico hegemónico, como las de

quienes deciden no reproducirse, puede derivar en una forma de comunicación represiva que comprometa la calidad de la atención (Salles y Tuirán, 2001). Mucho se ha cuestionado que el enfoque a la salud de las mujeres esté centralizado en el periodo fértil, la reproducción y los cuidados maternos, dejando de lado a las mujeres de otros grupos etarios o con diferentes preferencias sexuales y reproductivas. En el caso de los hombres, el cuidado de su salud no ha sido un tema central para el sistema sanitario sino hasta hace algunos años cuando comenzaron a desarrollarse acciones para promover la reflexión sobre las problemáticas particulares en salud que conlleva el “ser hombre”.

Se ha documentado que cuando las mujeres deciden no convertirse en madres y acuden al sistema de salud para solicitar un método contraceptivo permanente, los médicos tienden a negar su petición por múltiples factores como la edad, el estado civil y la irreversibilidad del método, recomendando el uso de otra alternativa anticonceptiva. Pensemos en un caso: si una mujer de 25 años escoge el uso del DIU, cuya duración anticonceptiva efectiva es de cinco años aproximadamente, durante su vida reproductiva tendrá que utilizar cinco diferentes dispositivos (Richie, 2013). Ante la situación planteada, cabe cuestionar ¿no es este un proceso de medicalización?, ¿cuáles son las implicaciones éticas de la prescripción prolongada de anticonceptivos orales o métodos mecánicos en mujeres que eligen no tener hijos/as?

Lo anterior es fundamental ya que la elección de no reproducirse conlleva no sólo un particular proyecto de vida, sino una dinámica afectiva y sexual donde las opciones anticonceptivas cobran especial importancia. Si bien, los anticonceptivos orales permitieron separar la reproducción de la sexualidad y otorgaron libertad a las mujeres al alejarlas de un embarazo no deseado y poder planificar su descendencia, las posibles implicaciones de su uso prolongado llevó a que algunas mujeres –principalmente aquellas con paridad satisfecha- consideraran la elección de un método anticonceptivo de tipo quirúrgico o permanente como la oclusión tubaria bilateral (OTB).

La elección de un método anticonceptivo quirúrgico lleva a confrontarse críticamente con la propia subjetividad debido a que es irreversible, siendo uno de los métodos que requiere la firma de un consentimiento informado (Figuroa, 1994). En una situación ideal, el prestador de servicios médicos debe otorgar la mayor información posible sobre los beneficios y consecuencias de su práctica, en el marco de una medicina participativa que enriquezca las decisiones sobre las preferencias reproductivas cualesquiera que estas sean. ¿En la práctica se desarrolla tal ejercicio participativo?

Esta investigación se basa en las siguientes *preguntas centrales*: ¿Cómo es estructurado el rechazo a la reproducción y la elección de la esterilización voluntaria? ¿Cuál es la relación con el personal médico al solicitar la esterilización?

El *objetivo general* fue:

- Analizar la experiencia de un grupo de mujeres y hombres sin hijos/as por elección que buscaron la realización de una esterilización voluntaria en los servicios de salud en México.

Como *objetivos específicos* se tuvo:

- Identificar en las narrativas de las/os participantes aquellos elementos sociales y culturales que influyeron en su elección de no tener hijos/as.
- Indagar sobre los aspectos que determinaron la búsqueda de una esterilización voluntaria a través de un anticonceptivo permanente.
- Analizar la trayectoria de atención médica del grupo al acudir a los servicios de salud para solicitar la esterilización voluntaria.
- Conocer las percepciones y tensiones existentes en el servicio y el equipo de salud ante la petición de una esterilización voluntaria.

Esta investigación no busca imponer un ideal de vida sobre otro, sino problematizar la existencia de un modelo donde la reproducción se presenta como un imperativo, siendo las mujeres y los hombres que rechazan la reproducción una expresión

gestante de la diversidad de trayectorias, vínculos afectivos y sexuales presentes en nuestras sociedades contemporáneas. Por ello, el estudio de la esterilización voluntaria en mujeres y hombres sin hijos/as por elección en México es relevante ya que, aunque de manera primigenia se han desarrollado espacios y aceptación a modos de vida alternativos, resulta vital la generación de información que visibilice las características de dicho grupo. Toca a la investigación antropológica dar cuenta de ello para evidenciar las relaciones sociales y culturales que han llevado a la construcción de nuevas subjetividades, pero también, para descubrir los posibles escenarios en los que pueden darse procesos de desigualdad. Es así que para identificar consonancias y potencialidades se empleó una aproximación teórica considerando elementos de la antropología médica, la perspectiva de género y el marco de las ciencias de la salud a través de la bioética.

CAPÍTULO I

APROXIMACIONES TEÓRICAS A LA NO REPRODUCCIÓN

La reproducción ha sido abordada desde múltiples perspectivas, como la psicológica, la demográfica, la biológica y la cultural, siendo una de las temáticas clásicas de estudio para la antropología. Es así que desde los años sesenta se han desarrollado extensas etnografías y trabajos de corte antropológico sobre los comportamientos reproductivos, abordándose las creencias, tabúes, normas, valores y prácticas alrededor de la fertilidad, el parto y los cuidados maternos en diferentes culturas. El análisis teórico de la reproducción se vio enriquecido con las experiencias de las mujeres sobre los distintos saberes y recursos terapéuticos aplicados al proceso reproductivo, presentándose también importantes cuestionamientos a la medicalización del cuerpo durante la atención del embarazo y el parto en las sociedades industrializadas. Asimismo, la inclusión de los hombres en el estudio del tema ha evidenciado problemáticas particulares que solían pasar desapercibidas al concebir a la reproducción únicamente desde el enfoque de las mujeres. Recientemente, se ha dado el desarrollo de las técnicas de reproducción humana asistida, como la inseminación artificial, la fecundación *in vitro* y la gestación subrogada, lo que ha llevado a repensar desde lo social los alcances y límites de la reproducción y la naturalidad de procesos sus implicados.

Aunque distintas disciplinas han estudiado el comportamiento contemporáneo relacionado con la fecundidad y existen análisis que abordan la ausencia de hijos/as, como es el caso del contexto europeo donde se ha desarrollado literatura enfocada a lo que se considera el fenómeno *childfree*, que enfatiza los procesos individuales y de agencia de aquellos que deciden rechazar la reproducción, el impacto de dicho fenómeno aún es difícil de distinguir y cuantificar; en México continúa siendo un tema poco explorado y a veces incomprensible.

Por tanto, el presente capítulo busca tejer un contexto en el cual la reproducción comienza a cuestionarse desde diferentes enfoques, problematizándola como un hecho sociocultural que va más allá de ser un rasgo natural que se da por sentado

en la vida de mujeres y hombres, sino un fenómeno complejo de implicaciones y experiencias diversas.

Comenzaré realizando una revisión del tema de la reproducción partiendo de su importancia biológica y evolutiva desde una perspectiva darwiniana, con el objetivo de conocer dichos fundamentos y observar cómo dentro de este cuerpo teórico, comienzan a insertarse otros aspectos que ponen en cuestión el sustrato biológico o natural de la reproducción.

Dimensión biológica y cultural de la reproducción. Una perspectiva evolutiva

La división entre naturaleza y cultura ha sido un tópico constante en los estudios de antropología clásica norteamericana, ya que gran parte de los aspectos de la existencia humana fueron explicados desde una perspectiva cultural eliminando todo sustrato biológico, pues se consideraba que “gran parte de lo que comúnmente se llama ‘naturaleza humana’ es simplemente cultura que se ha arrojado contra una pantalla de nervios, glándulas, órganos sensoriales, músculos, etc.” (Leslie White en Pinker, 2003, 51). La cultura es el elemento fundamental que “libera” a los seres humanos contemporáneos de sus limitaciones biológicas (Kaplan, 1996).

Aunque los determinantes biológicos de los seres humanos pueden ser elementos poco relevantes para las ciencias sociales al estudiar la diversidad humana, pues la cultura es la principal fuerza que configura a los individuos (Pinker, 2003), todo planteamiento que ignore la biología humana resulta simplista. Sin duda, es fundamental el análisis de la reproducción como un fenómeno de profundo carácter biológico y social en constante interacción, pues “la reproducción en los humanos, más allá de una característica biológica que posee cualquier especie, es también una base objetiva para distinguir a los individuos que toma una dimensión cultural en la que se posicionan diferenciadamente hombres y mujeres” (Ruiz, 2015, 29). Considerando que, desde una perspectiva evolucionista, la reproducción sexual es

una adaptación en sí misma (Ruiz, 2015), realizaré un recuento de algunas de las ideas centrales de dos de los más importantes mecanismos evolutivos donde la reproducción tiene un lugar primordial: la selección natural y la selección sexual.

Daniel Dennett en su obra *La peligrosa idea de Darwin* (1995) señala la importancia y alcance que tuvo el científico en la historia de la biología al desarrollar una teoría donde el origen y evolución de las especies no dependía de la intervención de un ser o diseñador supremo, sino del resultado de los procesos de variación, selección y replicación. La selección natural no se concibe entonces como un proceso intencional, sino como expresiones variables donde proliferan determinadas características que permiten la adaptación, mientras que otras se reducen o desaparecen.

Darwin aborda el origen evolutivo de la especie humana en sus obras *El origen del hombre y la selección sexual* (1871) y *La expresión de las emociones en el hombre y los animales* (1872), en las cuales describe los rasgos comunes que los humanos tienen con otras especies, así como aquellas características específicas del ser humano. En dichos trabajos la selección natural y la selección sexual se presentan como mecanismos complementarios, al reconocer que la continuidad de las especies y su evolución depende de la supervivencia de los organismos y de su éxito reproductivo, esto es, la transmisión de información genética de una generación a otra (Dennett, 1995). La selección natural y la selección sexual no significa que las personas luchen literalmente por reproducir sus genes; además, los sistemas que fueron heredados para aprender, pensar y sentir, actualmente poseen un diseño diferente al que en su momento condujo a una mejor supervivencia y reproducción de nuestros ancestros (Pinker, 2003).

Con el avance del conocimiento genético, el darwinismo ha admitido diferentes reinterpretaciones dando paso a teorías como la sintética de la evolución o neodarwinismo, desarrollada en los años treinta y cuarenta, en la cual los fenómenos evolutivos serían el resultado de la relación de mutaciones en los genes

y la acción de la selección natural. Otra importante reinterpretación es la sociobiología popularizada por Edward O. Wilson, biólogo y etólogo estadounidense, quien atribuye a la genética toda la riqueza y variedad sociocultural del comportamiento humano, el cual estaría orientado a maximizar la transmisión de los genes a través de la reproducción sexual. “La conducta de todo ser vivo está guiada por un imperativo reproductivo. Cualquier manifestación cultural (sistemas morales, creencias religiosas, filosóficas, políticas, etc.) existe en última instancia en la medida en que promueve la supervivencia y la reproducción de la especie humana” (Zavadivker, 2007, 82).

Entender la reproducción como el fin último de todas las especies, incluida la humana, sugiere la existencia de un imperativo innato que es determinado por la naturaleza, donde cualquier conducta biológicamente atípica a este propósito se asume como “no natural”, como podría ser la homosexualidad o la decisión voluntaria de no reproducirse, ya que, desde el punto de vista evolutivo, ambos suponen eliminar la perpetuación genética al no producir descendencia. Sin embargo, “un individuo no es un robot sexual preprogramado, más bien es una criatura plástica” (Ruiz, 2015, 26). Así pues, resulta necesario seguir cuestionando ¿la reproducción es una necesidad innata y biológica? ¿Es posible hablar de decisión en el ámbito de la reproducción? ¿Qué implicaciones sociales conlleva pensar la reproducción como imperativo para todos los seres humanos? Para obtener algunas respuestas, en seguida revisaré algunos de los trabajos que problematizan el determinismo biológico con que la reproducción puede ser explicada como un hecho obligatorio a todos los seres humanos.

¿Qué es lo que lleva a los seres humanos a reproducirse?

Dentro de la antropología física, en particular desde la rama que estudia el comportamiento, se analiza el amplio espectro de movimientos, actividades y conductas que dan dirección a una serie de reacciones, reflejos y acciones en las especies. En este ámbito, Xavier Lizárraga (2007) en el estudio de la sexualidad

humana realiza una diferenciación de los instintos y los impulsos. Precisa que los instintos no deben ser pensados sólo como conductas innatas o no aprendidas, ya que cotidianamente se hace referencia a reacciones y movimientos en los que se involucran diversas experiencias y aprendizajes que no siempre son conscientes o asumidos como tales. Por otro lado, menciona que existen reacciones e incluso conductas que pueden ser de carácter impulsivo, pero no instintivas necesariamente. En virtud de lo anterior, propone entender los instintos e impulsos como modalidades conductuales que requieren una maduración ontogénica y que son susceptibles de ser silenciados por el contexto bio-psico-sociocultural y por las acciones que motiva, esto es, reconoce la influencia que la ontogenia y la historia del grupo tienen como agentes modeladores de las experiencias y de las acciones del sujeto.

Warren B. Miller al revisar las bases biológicas de la reproducción en su obra *Chance, choice, and the future of reproduction* (1983) señala que:

En la secuencia típica de los mamíferos, no existe un componente que pueda ser llamado el impulso reproductivo. El único impulso es el sexual, y la reproducción sucede como resultado de la conducta sexual (...) Esto no indica que no existan mecanismos biológicos y de otro tipo que soporten la reproducción (Miller, 1983, 1199).

La sexualidad no puede ser entendida como universal o como un proceso automático donde los instintos, las hormonas y los genes movilizan al individuo y lo determinan, pues en sus componentes biológicos se inscriben símbolos, prácticas y representaciones socioculturales e históricas que orientan el comportamiento y expectativas de mujeres y hombres. La sexualidad es aquello que:

concierno tanto a las vivencias íntimas del sujeto sobre la base de una determinada preferencia y elección específica de su objeto del deseo, por lo cual provoca sentimientos, sensaciones, emociones y placeres, así como

actitudes y comportamientos públicos de los cuales se originan determinadas relaciones de sexualidad, es decir, las que se desprenden, por un lado, de la existencia de cuerpos sexualmente diferenciados, dotados de pulsiones, del deseo sexual y de la predisposición para dar y recibir placer, y por otro, de la diversidad de interacciones que surgen entre hombres y mujeres o individuos del mismo sexo, quienes en el transcurso de su existencia se aparean, se unen y conviven creando lazos sexuales y afectivos duraderos (Fagetti, 2006,14).

Así pues, en expresión de prácticas sexuales debe reconocerse la importancia de la transmisión de significados mediados por el género que coadyuvan a cimentar estructuras y normativas a partir de creencias sociales asignadas a mujeres y hombres, las cuales pueden ser modificadas. Brase y Brase (2012) advierten la importancia de la educación para aceptar o cuestionar los roles de género tradicionales, esto puede ser determinante en que algunos individuos lleguen a tener una descendencia amplia a diferencia de otros. Por otro lado, las autoras revisan el fenómeno del *baby fever* o “fiebre del bebé”, es decir, el deseo visceral y emocional de tener un hijo/a, asociado principalmente a las mujeres. Al respecto, se han identificado diferencias sustanciales en cómo lo experimentan los individuos, pues mientras algunos deciden tener hijos/as resultado de dicho deseo, otros deciden no hacerlo (Brase y Brase, 2012).

Claude Lévi-Strauss, describió en una de las obras más clásicas de la antropología, *Las estructuras elementales del parentesco* (1969), cómo cada sociedad determina aquello que considera femenino y masculino, encontrando que en la mayoría de las sociedades contemporáneas la mujer se vincula a la maternidad, por lo que es “natural” y esperable que todas se conviertan en madres, lo que las lleva a obtener la aceptación social del grupo. Ser mujer está entonces determinado como condición biológica, la cual también se ve reforzada por la idea del instinto materno.

Desde una perspectiva feminista, Elisabeth Badinter cuestiona si el amor maternal es un instinto innato que proviene de una naturaleza femenina, o bien, un comportamiento sociohistórico que varía de acuerdo con las épocas y las costumbres. A través de un recorrido histórico, concluye que el instinto materno no existe:

Hemos concebido por tanto tiempo el amor maternal en términos de instinto, que de buena gana creemos que se trata de un comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer cualquiera sea el tiempo y el espacio que la rodean (...) Por mucho que reconozcamos que las actitudes maternas no remiten al instinto, siempre pensamos que el amor de la madre por su hijo es tan poderoso y tan generalizado que algo debe haber sacado de la naturaleza (Badinter, 1980, 12-13).

Ruut Veenhoven en su trabajo *Is there an innate need for children?* (1975) señala que la idea de que todos los seres humanos deben reproducirse por naturaleza surge de la creencia de que todas las especies de animales tienen la urgencia innata de generar descendencia y si no lo hacen pueden extinguirse. La autora plantea que la idea de un instintivo deseo de reproducción es una simplificación teórica y empírica que carece de soporte, pues es un hecho que existen millones de personas que han decidido de manera voluntaria no tener hijos/as, por lo que no puede asegurarse que el deseo de reproducción sea universal, mucho menos al considerar que muchos comportamientos son aprendidos o heredados culturalmente. No obstante, dichas creencias generan actitudes negativas hacia las parejas y personas que deciden no tener descendencia, o bien, ante hechos como el aborto y la anticoncepción, que encuentran eco en la mente de legisladores, políticos y personal médico.

La capacidad biológica de la reproducción es un elemento fundamental en la constitución de la persona, por lo que mujeres y hombres son colocados en puntos

diferentes en virtud de su relación con la posibilidad de reproducirse y los comportamientos esperados (Alcoff en Ruiz, 2015).

Además, esta relación diferencial determinada por la posibilidad de la reproducción, usada como base para muchos fenómenos culturales y sociales que posicionan a hombres y mujeres en zonas encontradas, puede ser el origen de una variedad de segregaciones sociales, generadora del desarrollo de formas diferentes de encarnamiento experimentadas a través de la vida así como generar una variedad de respuestas afectivas que pueden ir desde el orgullo, el placer, la satisfacción y el sentimiento de plenitud, hasta la vergüenza, la culpa, la decepción o un gran alivio por haber evitado exitosamente la reproducción (Ruiz, 2015, 29).

Como se ha evidenciado en los trabajos hasta ahora descritos, circunscribir la reproducción a un imperativo biológico da cuenta de una visión reduccionista, en la que además se elimina la experiencia de la sexualidad y su amplitud como un elemento fundamental en la evolución de la especie humana, ya que:

ha resultado fácil (y cómodo) pensar la sexualidad animal (incluyendo la humana) en términos de instintos o, lo que viene a ser lo mismo, de respuestas espontáneas e inmediatas a una cadena muy particular (y limitada) de estímulos, tanto endógenos como exógenos, que derivan en la posible reproducción de los individuos y grupos (...) son las experiencias personales y el entorno social, cultural y afectivo lo que significa (y en principio direcciona) sexualmente al individuo en términos de sus maneras particulares de establecer vínculos sexo-afectivos, que devienen en vínculos sociales cada vez más amplios (Lizárraga, 2007, 1116).

Al pensar en los cambios que la reproducción humana ha presentado a lo largo del tiempo, uno fundamental es la progresiva posibilidad de elección sobre la oportunidad de reproducirse (Miller, 1983). La decisión individual, más que los

imperativos biológicos y las costumbres sociales, funciona como regulador primario de la reproducción. Es así que se transita de una adaptación pasiva a una regulación activa a través del uso de anticonceptivos y la posibilidad que tienen mujeres y hombres de enunciar su deseo de no reproducirse.

Pensar la no reproducción desde el enfoque evolutivo

Con el descubrimiento del genoma y los avances del estudio del comportamiento humano, de manera general, hoy se reconoce que la genética desempeña un papel muy relevante en la conducta pero no la determina, pues es la interacción de los genes con el entorno de cada individuo lo que influye, estimula y modula sus comportamientos y habilidades, pues permite la expresión y/o modificación de ciertas características genéticas. En los siguientes trabajos se pone de manifiesto lo anterior considerando elementos contextuales y hereditarios que podrían ser indicativos o determinantes en aquellos que eligen no reproducirse.

Low fertility increases descendant socioeconomic position but reduces long-term fitness in a modern postindustrial society (2012), investigación realizada por Goodman y colaboradores, describe que la teoría evolutiva proporciona una explicación de los patrones de fertilidad basados en el equilibrio de la calidad-cantidad en el contexto de recursos limitados. Dicho contexto parece apropiado para explicar las diferencias entre la alta fecundidad y alta mortalidad, pero no los regímenes de la baja fertilidad. Específicamente, los modelos evolutivos de fertilidad no han podido explicar por qué la fertilidad disminuye con la riqueza y el estatus social. Sin embargo, en el campo de los estudios evolutivos de la fertilidad la opinión es que, aunque el comportamiento de la fecundidad en las sociedades avanzadas no es maximizar la aptitud de reproducción, en el sentido darwiniano, tal comportamiento refleja una correlación entre el estatus social y el número de niños que se tendrán. Señalan que la demografía evolutiva cuestiona por qué las sociedades humanas después de la transición demográfica parecen exhibir una relación negativa entre la riqueza y el éxito reproductivo, contrariamente a las

predicciones darwinianas. En el contexto de las adaptaciones evolutivas se observa que se favorece el estatus a través del aumento de hijos/as con éxito a la edad adulta. Sin embargo, ahora se observa que dicho estatus no se obtiene a través de la crianza de niños/as, ya que en las sociedades modernas se promueve el éxito socioeconómico *versus* el biológico (Goodman *et al.*, 2012).

Por otra parte, de acuerdo con la teoría de la aceleración o supresión reproductiva, Bruce J. Ellis y colaboradores, en su trabajo *Quality of early family relationships and the timing and tempo of puberty: effects depend on biological sensitivity to context*, explican que los individuos que crecen en ambientes de alto riesgo y alta mortalidad optarán por una reproducción más rápida y más temprana a expensas del crecimiento y mantenimiento, y también a expensas de realizar una elevada inversión en la descendencia. Sin embargo, en algunas situaciones también se prevé que el estrés experimentado en la niñez retrasa o suprime la posibilidad de reproducción. Así, se ha sugerido que la ausencia de hijos se relaciona con factores estresantes específicos durante el desarrollo de la infancia y la pubertad (Ellis, *et al.*, 2011).

¿Por qué las mujeres eligen no ser madres? Es la pregunta que orienta a Aarssen y Altman en el artículo *Fertility preference inversely related to "legacy drive" in women, but not in men: interpreting the evolutionary roots, and future, of the "Childfree" culture* (2012) donde refieren que el rechazo completo a la fertilidad representa una paradoja ya que no es posible continuar con los mecanismos de adaptabilidad al no existir descendencia. Mencionan que la cultura denominada *childfree* o también llamada "sin hijos por elección" o "libre de hijos" se ha hecho notoria en tiempos recientes debido a que muchas mujeres en la actualidad tienen acceso al control de su fertilidad; también dicha elección puede sugerir que se han heredado genes de ancestros femeninos que estaban atraídos a un objetivo de vida que no involucraba la maternidad. De acuerdo con la hipótesis de transmisión-competencia, la cultura *childfree* es un subproducto de la selección natural darwiniana que está actuando fuertemente en contra de ella, pues significa de forma

inequívoca la transmisión de cero genes a través de linaje directo. Las autoras subrayan que los individuos que intencionalmente limitan su éxito reproductivo serán, eventualmente, excluidos del legado genético a diferencia de aquellos que no lo limitan. No obstante, si los patrones actuales de la cultura *childfree* permanecen en el tiempo —o quizá siempre han existido a nivel de especie, pues existe un porcentaje de seres vivos que no se reproduce— influyendo en los efectos de los genes, podría pensarse en la probabilidad de heredar en un futuro una disposición a no tener hijos (Aarssen y Altman, 2012).

En otro artículo titulado *Explaining Below-Replacement Fertility and Increasing Childlessness in Wealthy Countries: Legacy Drive and the “Transmission Competition” Hypothesis* (2006), Aarssen y Altman, explican que la selección natural no sólo favorece los genes que promueven el deseo sexual y la reproducción, sino también aquellos que promueven comportamientos asociados con el deseo de inmortalidad, con dejar un legado. Cuando las mujeres tienen poder y riqueza, la práctica de “dejar algo de sí” para el futuro no implica necesariamente una inversión en la fertilidad y cuidado parental, ya que este deseo puede expresarse en otros dominios los cuales pueden estar asociados con lo que Richard Dawkins denominó en 1976 como transmisión de “memes”¹, involucrando la inversión en actividades de legado personal, en el que se destaca la promoción del estatus mediante la generación de ingresos, inversiones financieras, la recompensa de algún logro a través de un trofeo o placa conmemorativa, también puede expresarse mediante acciones de filantropía y ayuda a personas necesitadas, la generación de ideas y nuevos descubrimientos mediante la investigación académica, la creación artística o invención de tecnología, o bien, la búsqueda de la vida eterna a través de la religión.

Ante un escenario de cambios científicos y sociales complejos y acelerados, la noción de evolución se ha modificado a lo largo del tiempo. La especie humana no

¹ El concepto de meme lo propone Richard Dawkins como una analogía con el concepto de genes, y su aplicación a la evolución biológica. Los genes serían unidades mínimas de transmisión de herencia biológica, y los memes serían instrucciones para la acción y la comunicación social.

sólo ha transformado y generado distintos mecanismos de adaptación, por lo que cada generación se encuentra en una posición diferente, donde la reproducción admite otros significados. Al respecto, Steven Pinker (2003) expresa que ya no se observan individuos movidos exclusivamente por el imperativo de la maximización de la aptitud biológica y la preservación de la especie, sino con una organización de la conducta bajo razones, valores e ideas, en la que el contexto sociocultural es fundamental, por lo que los procesos de evolución social deben tomar en cuenta tanto la dinámica de la adaptación biológica como la dinámica cultural.

Como hasta ahora se ha revisado, los mecanismos planteados desde Darwin son importantes en la comprensión de la reproducción y en los posibles escenarios que se presentarán en un futuro, ya que nos inducen a modificar nuestras concepciones con respecto a lo natural y brindan una aproximación distinta de la interacción social, donde la tendencia a encontrar explicaciones sobre el comportamiento humano a través de algún designio es un enfoque limitado puesto que no considera la posibilidad de procesos emergentes de creación de orden (Gomila, 2009).

Esto es fundamental ya que, en dichos procesos emergentes, puede enmarcarse el rechazo a la reproducción y la generación de una cultura “sin hijos/as por elección”, siendo este un orden distinto al considerar que “la dinámica social genera nuevos criterios de valor adaptativo que van más allá de (e incluso pueden entrar en conflicto con) el valor reproductivo o de supervivencia” (Gomila, 2009: 349).

Como hemos visto, el estudio evolutivo de la reproducción no sólo considera los aspectos biológicos y genéticos implicados, sino que los problematiza desde su mismo cuerpo teórico, sumando elementos socioculturales que permiten pensar en procesos alternativos en la evolución de los seres humanos. Uno de los elementos relevantes en el tema de la reproducción sin duda es el control poblacional, tópico importante en el ámbito de la demografía. Al respecto, a nivel mundial se ha mostrado una importante modificación de los patrones reproductivos, por lo que en el siguiente apartado ofreceré un panorama de la transición demográfica que a lo

largo del tiempo ha llevado a la disminución de la fecundidad de la población, donde también me aproximaré a otros procesos de cambio que generaron el contexto histórico, social e institucional en que dicha disminución se gestó en nuestro país, introduciéndonos al concepto de familia y al cambio en las preferencias reproductivas de la población, siendo una de ellas, la ausencia de hijos/as por elección.

Sociodemografía y cambios en los patrones reproductivo y familiar

Hasta inicios del siglo XX el crecimiento de la población dependió sustancialmente del balance en los niveles de fecundidad y mortalidad, siendo estos los mecanismos básicos de regulación, los cuales fueron cambiando con la prevención y curación de enfermedades infectocontagiosas. Esto disminuyó la morbilidad y la mortalidad, aumentando la esperanza de vida y modificando los patrones de regulación natural, lo que produjo un acelerado crecimiento poblacional. En dicho contexto, el México metropolitano de los años setenta estaba conformado por familias numerosas, ya que demográficamente el país experimentaba el descenso de la mortalidad, pero no de la fecundidad. Eran principalmente los hombres quienes se encontraban insertos en el mercado de trabajo, en tanto que las mujeres se dedicaban a la crianza de sus hijos/as y a las tareas domésticas. La dinámica de pareja y familiar se enmarcaba en un discurso dominado por el catolicismo, en el cual la sexualidad estaba confinada al matrimonio y bajo el objetivo de la procreación. La tasa global de fecundidad nacional en el periodo de 1960 a 1965, era de 6.75 hijos por mujer (Zavala en Rabell, 2014).

Es en la segunda mitad del siglo XX cuando los medios de comunicación y las instituciones educativas introdujeron discursos alternativos sobre el papel de las mujeres en el ámbito laboral y en las relaciones amorosas, información que se conjugó con la expansión y el uso de los métodos anticonceptivos. Las acciones implementadas por el Estado, en respuesta a lo plantado en conferencias internacionales en las que se señaló a relación entre la salud de las mujeres y su

acceso a programas de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva, fueron relevantes en la disminución de la fecundidad, ya que tenían como propósito una tasa anual de crecimiento demográfico del uno por ciento proyectado para el año 2000. Fue así que se calculó el número de usuarias de métodos anticonceptivos necesario para cumplir con dicho objetivo y se reclutó a los prestadores de servicios médicos para impulsar la distribución de anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU) y practicar esterilizaciones a mujeres al final de su vida reproductiva y en aquellas unidas con hijos (Zavala en Rabell, 2014).

Fue en 1974 cuando se creó la Ley General de Población y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), ambos reflejaron la preocupación del Estado mexicano por frenar el elevado crecimiento demográfico ya que podía traer problemas para el bienestar de la población. Por ello, el CONAPO diseñó estrategias como “vámonos haciendo menos”, “la familia pequeña vive mejor” y “planifica, es cuestión de querer”. En las mujeres unidas en edad fértil el uso de anticonceptivos aumentó de 30% en 1976, a 53% en 1987 y a 73% en 2009; fue así que inició el descenso de la fecundidad a finales de la década de los setenta. Para 1990, la tasa global de fecundidad se redujo a 3.4 hijos por mujer, en 2014 fue 2.3 hijos por mujer y para 2018 se reportó 2.07 hijos por mujer a nivel nacional. Al considerar el tipo de localidad, en el ámbito rural la tasa es de 2.51 hijos por mujer, en tanto que en el urbano es de 1.94 hijos por mujer (INEGI, 2018), diferencias determinadas por las preferencias reproductivas, el acceso a la educación y al ámbito laboral, el contexto sociocultural, así como el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Si bien la implementación de políticas de población y programas de planificación familiar permitieron el descenso de la fecundidad, es importante decir que la idea de fecundidad controlada se generalizó en México “por varios conductos que no son únicamente legislativos e institucionales (...) Esto quiere decir que los cambios económicos, sociales y culturales tienen mucho peso, independientemente de las políticas” (Zavala en Rabell, 2014,107). A propósito, se encuentra la “teoría del cambio ideacional”, donde Van der Kaa y Lesthaeghe, sus principales promotores, apuntan que los aspectos culturales son la clave del descenso de la fecundidad, así

como la difusión entre la población de nuevas aspiraciones y actitudes hacia la formación de familias (Quilodrán y Juárez, en Quilodrán, 2011).

En este escenario, debe subrayarse la relevancia que la lucha feminista tuvo en el cambio ideológico y social de las mujeres, ya que contribuyó a cuestionar la visión dicotómica de lo público y lo privado, la cultura y la naturaleza, y permitió disociar la sexualidad de la procreación; además condujo a “profundizar en las relaciones entre la familia, el Estado y el mercado, así como conceptualizar las relaciones intrafamiliares como relaciones de poder” (García y De Oliveira, 2006, 38). En los años setenta, la Coalición de Mujeres Feministas se articuló en torno al reclamo del derecho sobre el propio cuerpo, destacándose demandas a favor de la maternidad voluntaria, contra la violencia sexual y por el respeto a la libertad sexual. En 1976, grupos feministas acudieron a la Cámara de Diputados en la Ciudad de México con el proyecto de ley sobre maternidad voluntaria, el cual fue detenido. No obstante, las feministas organizaron las Jornadas Nacionales sobre el Aborto, realizaron conferencias y marchas. Sería en 1979 cuando se crea el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres, sumándose a la lucha de la despenalización del aborto.

Un hecho fundamental ocurre en 1990, cuando en el Congreso de Chiapas, con mayoría priista, se busca ampliar las razones por las que el aborto no ha de ser punible, incluyéndose si lo solicita una pareja con el fin de planificación familiar, si lo pide una madre soltera, o alguien por razones económicas; ante protestas políticas y religiosas la propuesta se congeló. En enero de 1991, la Coordinadora Feminista del Distrito Federal y múltiples organizaciones sociales y sindicales de mujeres fundan el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto (FNMVDA). El 13 de enero, el Partido de la Revolución Democrática toma por unanimidad una resolución favorable a la despenalización del aborto; posteriormente, las mujeres entregaron en la Comisión Nacional de Derechos Humanos un escrito en el que por primera vez en México, se reivindican los

derechos reproductivos, incluido el acceso al aborto, como derechos humanos de las mujeres (Lamas, 2011).

Modificación en los arreglos familiares y el descenso de la fecundidad en México

A diferencia de la gran mayoría de mexicanas que empezó a controlar su fecundidad con la implementación del programa oficial de planificación familiar impulsado por el Estado mexicano en los años ochenta, las mujeres que habitaban en contextos urbanizados y que contaban con cierto grado educativo comenzaron a regular su fecundidad mucho antes, estas mujeres también han sido llamadas “pioneras”:

La mujer que inició el proceso de transformación de los patrones reproductivos en México habría reunido las siguientes condiciones: haber nacido después de 1941, haberse casado después de los 20 años en unión legal, vivir en un área metropolitana, contar con una escolaridad equivalente al menos a la primaria completa, y con un cónyuge profesional o de nivel afín (Quilodrán y Juárez, en Quilodrán, 2011, 387).

Como vemos, la transformación del rol social de las mujeres empezó en las zonas urbanas con el ingreso de algunas a la educación, el mercado de trabajo y el acceso a los métodos anticonceptivos, lo que reflejó cambios en el valor otorgado a los hijos, ya que comenzó a considerarse la calidad sobre la cantidad. En este ámbito, deben reconocerse aquellos médicos pioneros que respondieron a la demanda de las mujeres por controlar su fecundidad “convirtiéndose en aliados de las parejas al enseñarles a utilizar los métodos anticonceptivos. La acción de estos médicos se vio reforzada por la implantación en México de instituciones como el *International Planned Parenthood Federation* y la proximidad con Estados Unidos, lo que permitió un acceso temprano a las pastillas anticonceptivas” (Quilodrán y Juárez, en Quilodrán, 2011, 424).

No es trivial que la educación formal sea una variable de gran relevancia en los estudios de fecundidad, ya que favorece el cambio de actitudes, aspiraciones y expectativas de desarrollo personal. Así pues, las mujeres con niveles educativos altos accedan más fácilmente a los servicios de salud reproductiva y tienen mayores posibilidades de limitar su descendencia. En las mujeres que cuentan con escolaridad y un trabajo, un embarazo no deseado significa costos de oportunidad crecientes, por lo que la motivación para controlar su fecundidad es grande, esto aunado a que:

cada vez más mujeres presienten que el trabajo fuera de casa será una característica permanente de sus vidas adultas, y se ven presionadas a tomar decisiones serias acerca de cómo combinar la maternidad con mayores percepciones salariales. El dilema plantea conflictos a hombres y mujeres, que no se resuelven fácilmente, y la evidencia de esto es que cada vez más parejas deciden limitar el número de hijos o bien deciden no tenerlos (Cadwell en Menkes y Mojarro, 2006, 108).

En México la proporción de mujeres sin hijos/as en los municipios es heterogénea. Más de 12% de las mujeres de 35 a 39 años que no tienen descendencia se encuentran en el sur de Zacatecas, el norte de Jalisco y Michoacán, y en el sur de Guanajuato, región tradicional de emigración internacional. De igual forma, se reporta Puebla, Oaxaca, Chiapas y Yucatán con altas proporciones de mujeres sin hijos/as, pero esto podría ser resultado de patrones migratorios o condiciones de salud deficientes. “En algunas ciudades (México y Guadalajara) también hay altas proporciones de mujeres sin hijos, lo que probablemente responde al retraso de inicio de la reproducción o al deseo de no tener hijos, en especial entre mujeres escolarizadas” (Mier y Terán y Rocha en Rabell, 2014, 329).

La información expuesta hasta ahora ha tenido como propósito mostrar cómo el descenso de la fecundidad se inserta en un marco de transformación social más amplio donde se destaca el acceso de las mujeres a la escolaridad, el campo laboral

y a los mecanismos que permiten regular su reproducción, cambios insertados en un contexto de transición poblacional y cambio en el comportamiento sexual, en el que los vínculos afectivos, las formas de emparejamiento y la multiplicidad de arreglos familiares, así como las aspiraciones de hombres y mujeres comenzaron a variar.

Si bien el estudio de la transición demográfica a nivel mundial ha servido para comprender los cambios demográficos que han acontecido en las sociedades occidentales, teóricos y demógrafos que han analizado sociedades europeas contemporáneas han hecho referencia a una “segunda transición demográfica”, término propuesto por Ron Lesthaeghe quien la caracteriza a través de aspectos como el debilitamiento del control social ejercido por las instituciones, el incremento de la autonomía de la moral individual, el realce de valores asociados con la realización personal, la participación de la mujer en el mercado laboral, las relaciones de pareja más simétricas, la posibilidad de realizar transacciones en el hogar para combinar lo doméstico con las actividades profesionales y la disponibilidad de anticonceptivos eficaces que permitieron separar la sexualidad del matrimonio (Lesthaeghe en Quilodrán, 2011), en resumen, se trata de “la fragmentación de la familia nuclear y la diversificación de las formas familiares, la importancia cada vez más decisiva de los itinerarios individuales en contraste con un ciclo familiar único y una optatividad creciente en materia de moral sexual y familiar” (Flaquer en Espinosa, 2012, 225). Julieta Quilodrán afirma que:

La sexualidad fuera del matrimonio, los hijos nacidos al margen de éste, el control natal, la interrupción de uniones, las nuevas nupcias, así como las uniones informales, han estado siempre presentes en la sociedad. Lo que ha cambiado es la incidencia de cada uno de estos fenómenos y las razones a las cuales responde (Quilodrán, 2008, 10).

Dichas razones pueden apuntar a las características de la segunda transición, ya que, “aunque existe poca evidencia de su aplicabilidad empírica en un contexto

como el mexicano (...) no es posible descartar *a priori* la existencia de cambios culturales afines a los que preconiza esta teoría, particularmente entre los jóvenes de estratos socioeconómicos medios y altos con mayores niveles de escolaridad” (Solís y Ferrari en Rabell, 2014, 279).

Al hablar de la fragmentación de la familia nuclear hay que destacar que tal modelo fue cuestionado por el movimiento feminista en los años setenta, haciendo énfasis en el carácter desigual de las relaciones entre los géneros y las visiones biologicistas que daban sustento a dichas relaciones, así como el papel económico que cumplían las mujeres en la reproducción de la familia.

De igual forma, el número de integrantes fue una variable importante de transformación, ya que hacia la primera mitad del siglo XX en los países latinoamericanos contar una familia numerosa respondía a tradiciones culturales y podía ser considerado una estrategia de sobrevivencia: especialmente en las áreas rurales se desarrollaron campañas que implantaron discursos en los que se invitaba a formar familias pequeñas, considerando el problema de la explosión demográfica, pero también, el alto costo de la vida, por lo que una familia pequeña solía estar asociada con una mejor distribución de los recursos, mayor acceso a la educación de los hijos y a mejores expectativas de movilidad social (Espinosa y Paredes, 2004).

Si bien en la sociedad mexicana “vivir en familia” continúa siendo un arraigado valor social “la imagen que nos transmiten los censos es la imagen de la diversidad y de la riqueza cultural que poseemos; los grupos domésticos contienen estructuras de parentesco muy variadas lo suficientemente flexibles como para asimilar los cambios sociales y a la vez mantener las tradiciones seculares” (Rabell y Gutiérrez en Rabell, 2014, 264).

Lo anterior, remite a la formación de unidades domésticas alternativas –algunas con mayor legitimidad social que otras– tal es el caso de las familias adoptivas,

monoparentales, homoparentales, reconstituidas y unipersonales, así como las personas que deciden no tener hijos/as. Al respecto, estimaciones del Consejo Nacional de Población, señalan que la distribución porcentual de mujeres en edad fértil cuyo ideal era no tener descendencia en el 2009 fue de 8.4% y en 2014 aumentó a 10.5% (CONAPO, 2016). Para 2018, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, señala que de las 10,341,257 mujeres en edad fértil en México que nunca han estado embarazadas, 24.2% declaró que no desea tener hijos (INEGI, 2018). Aunque no existen datos que hablen de las preferencias reproductivas de los hombres, las estadísticas anteriores son muy importantes pues muestran la relevancia de analizar temas como los que interesan a esta investigación.

No obstante, las familias nucleares siguen siendo mayoritarias y representan un modelo normativo y el eje ordenador de la sociedad, aunque debe destacarse que la familia nuclear también ha experimentado modificaciones relevantes, ya que los modelos familiares biparentales con hijos han perdido importancia relativa frente a los que no tienen descendencia (Noble en García y de Oliveira, 2006).

Otro cambio relevante en la conformación de familias es la nupcialidad, ya que se pasa de un modelo basado en un esquema de valores tradicionales, en el que los padres constituían una fuerte influencia, a uno donde se admite la libre elección del cónyuge. Esto se suma a la diversidad de espacios sociales que permiten la interacción entre los géneros y la elección voluntaria de la pareja, uniones en las que se reconocen expectativas, objetivos y diferentes proyectos de vida. De esta manera “encontramos el predominio de unos procesos de negociación entre los futuros cónyuges en los que, además de los tópicos sobre el físico y la personalidad, empiezan a ser determinantes aspectos tales como los recursos financieros, educativos y sociales de los sujetos, lo cual depende en gran parte, de su situación de clase” (Flaquer en Espinosa, 2012, 228).

Rosario Esteinou, realizó una investigación sobre las relaciones de pareja en el México moderno y el desarrollo del concepto de intimidad en tres periodos: 1900-1950, 1950-1970, 1970-2000. Con respecto al último periodo menciona que, al tener una vida de pareja y familiar mucho más larga, puede desarrollarse un nivel de cohesión y de intimidad mayor, pero también, mayores tensiones y conflictos. Por ende, explica:

Se está desarrollando un nuevo tipo de intimidad la cual es más intensa y, como tal, adquiere mayor importancia en la configuración de las relaciones personales. Esta supone no sólo un conocimiento y comprensión mutua en el nivel cognitivo, sino también un grado de empatía o comprensión emocional que implica una mirada profunda con respecto al *sí (self)*. En algunos círculos pequeños de la población este tipo de intimidad es privilegiada de tal forma que ha desplazado la búsqueda de la familia como ideal y norma de las relaciones personales. (Esteinou, 2009-2010,73)

En este escenario, otro de los elementos fundamentales ha sido la prolongación de la soltería y el desarrollo de uniones libres en los diferentes sectores sociales y económicos, pues se busca una mayor igualdad y libertad entre los miembros, hecho relacionado con niveles altos de escolaridad en los/as jóvenes, así como a la práctica de relaciones sexuales fuera del matrimonio, ya que la experiencia de la sexualidad, y en particular la de las mujeres, no se concibe únicamente como un deber conyugal o de pareja, sino que admite otras expresiones que pueden llevar a un ejercicio más placentero. Asimismo, se suman las crecientes dificultades económicas y laborales que enfrentan los/as jóvenes en su transición a la vida adulta y que lleva a que un mayor número posponga su decisión de unirse en matrimonio o decida probar por otros modelos, como la cohabitación.

Dentro de las transformaciones familiares y afectivas hemos visto algunos cambios en las formas de unión, proyectos de vida, así como en los imaginarios de la sexualidad y la reproducción, en los que se contemplan diferentes expectativas,

siendo un aspecto interesante a revisar el aspecto económico o el valor de los hijos/as.

El valor social y económico de la reproducción humana

Si bien existen diferentes explicaciones que buscan dilucidar las razones por las cuales se decide tener hijos/as o no, en este apartado esbozaré tres de las aportaciones más ligadas a la economía, que también retoman un enfoque social al dar cuenta del descenso de la fecundidad asociado al valor de la reproducción en las sociedades contemporáneas.

Desde un enfoque economicista, Gary Becker refiere en su obra *Tratado sobre la familia* que los seres humanos son absolutamente racionales en sus decisiones económicas y esto aplica a todos sus comportamientos, incluido el reproductivo. Es así que la familia se concibe como una unidad productora de bienes domésticos donde se analiza el costo-beneficio en cuanto al tiempo y el dinero, es decir, los ingresos y recursos que la familia posee y los costos de aumentar el número de sus miembros. Explica que los hijos pueden ser considerados bienes de consumo que, al igual que otras mercancías, tienen un precio o valor y producen satisfacciones (Anzorena, 2009).

En este esquema el papel de las mujeres es fundamental, ya que en la medida en que una mujer es más exitosa y capacitada tendrá una remuneración mucho más alta, por tanto, el costo que le implicará ser madre es más elevado, lo que lleva a que tenga un menor número de hijos/as o bien que no los tenga. No obstante, los beneficios que conlleva tener hijos/as pueden diferir entre contextos, quienes habitan en “zonas rurales, y se puede agregar, las familias pobres, tendrían más hijas/os, porque un aumento de los ingresos potenciales de las/os hijas/os aumentaría la demanda de hijas/os” (Becker en Anzorena, 2009, 5).

Por otro lado, la “teoría de la demanda de hijos” vinculada con los aportes de Easterlin en 1978, señala que se invierte el valor de hijos por el afectivo, elemento crucial para entender el descenso reproductivo y cambio en la motivación hacia un menor número de hijos, pues “al reducir el valor económico de los hijos, aumenta el valor emotivo-afectivo y éste se vuelve competitivo con otras fuentes de satisfacción” (Fawcett en Menkes y Mojarro, 2006, 107). Con respecto a lo anterior, Graciela Sarrible, en su revisión de las diferentes teorías poblacionales, explica que una esfera tan íntima como la reproducción no puede reducirse a un intercambio de servicios económicos. Apunta que la solidaridad entre generaciones existe y más aún en el seno familiar, pero no puede traducirse en un modelo económico o creerse que esta sea la razón para tener hijos, “habría que ver cuáles son los servicios que los padres esperan que los hijos cubran (...) pretender que lo que se les da a los hijos hoy, se trata de una contraprestación entre las generaciones que tendrá retorno más tarde, es algo ilusorio” (Sarrible, 1998, 63).

En síntesis, el descenso de la fecundidad en el marco de las teorías explicativas de la transición demográfica encuentra fundamento en factores como la urbanización acelerada de la población, el incremento de las oportunidades de educación y empleo sobre todo entre las mujeres, pero también, en la disminución del valor económico de los hijos/as al ponderar su costo-beneficio, elementos que coadyuvaron a importantes cambios sociales y demográficos. Para profundizar más en el contexto que ha llevado a la emergencia de mujeres y hombres que deciden no tener descendencia, en el siguiente capítulo se abordarán algunos aspectos relacionados con los imaginarios de la sexualidad y la reproducción enmarcados en el escenario de la juventud en México, donde se destacará el cuestionamiento a los mandatos de género y su expresión a través de la maternidad y la paternidad.

CAPÍTULO II SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN

Si bien la existencia de personas que no desean tener hijos/as no es reciente, en la actualidad este fenómeno se presenta y enuncia cada vez más, en particular en el grupo de mujeres y hombres jóvenes, resultado de la herencia de una serie de transformaciones socioeconómicas, culturales y demográficas acontecidas durante la segunda mitad del siglo XX en nuestro país, lo cual sirvió de terreno para consolidar el conocimiento que sobre dicho fenómeno llegaba de otros países. Ahora bien, en los estudios sobre juventud una de las cuestiones más importantes es la delimitación del propio concepto, ya sea a través de un criterio biológico o de aspectos comportamentales, sin embargo:

El concepto de “juventud” es una formación discursiva al interior de la cual diferentes tipos de jóvenes, y el concepto mismo de “juventud”, son construidos en cada cultura en diferentes momentos históricos. Esta perspectiva se instala en las prácticas sociodiscursivas de los jóvenes, en la dimensión cotidiana de sus vidas y en su recuperación a través de narrativas y retóricas (Urteaga en Regillo, 2013, 18).

Uno de los aspectos que más interesan a esta investigación son precisamente esas narrativas de las mujeres y hombres jóvenes que han elegido no tener descendencia y que han ido creando sobre la maternidad, la paternidad, así como la vivencia de la sexualidad y su corporalidad, al ser este un espacio de apropiación y resistencia. Por tanto, presentaré algunos de los hechos que históricamente incidieron en el cambio de las dinámicas afectivas y sexuales, así como en los discursos sociales, científicos y religiosos.

Experiencia de la sexualidad y nuevas configuraciones afectivas en México

El amor romántico y la experiencia de la sexualidad conlleva una serie de idealizaciones que van marcando y delimitando los comportamientos y expectativas en las relaciones de pareja heterosexuales, siendo el género una condicionante de gran relevancia. Es así que corresponde a las mujeres la bondad, la belleza, la fidelidad y la maternidad. Los hombres son asociados con la seguridad, la fortaleza, el valor y la manutención económica. En este esquema, el amor “se demuestra por la entrega absoluta hacia el otro y la sexualidad se ennoblece cuando tiene lugar dentro del matrimonio. Las relaciones amorosas implican necesariamente la culminación de un compromiso fuerte en la familia y los hijos, y éstos son la consecuencia ‘natural’ de la unión” (Collignon y Rodríguez en Regillo, 2013, 263).

Aunque esta visión impere en muchos sectores de la sociedad mexicana, de manera gradual esto ha ido modificándose, por lo que comienzan a expresarse diferencias en el comportamiento de los individuos, en sus valores y actitudes, donde el matrimonio y la reproducción como consecuencia de él, ya no es la meta o el ideal de todas las parejas, abriendo camino a otras opciones como las uniones libres, la decisión de ejercer la maternidad sin una pareja, el celibato, la prolongación de la soltería y, de manera relevante, la unión de personas cuyo proyecto es permanecer sin hijos/as.

Las narraciones sobre los amores románticos y las imágenes sobre el enamoramiento y la eternidad del amor, propias de la cultura afectiva de la modernidad, dieron lugar, junto con grandes transformaciones históricas, a profundos cambios en las instituciones matrimoniales. Estos cambios crearon ideas sobre el amor en sociedades con fuertes procesos de individuación junto con los de industrialización y secularización (Gayet y Szasz, 2014, 357).

Para comprender estos cambios, presento algunas de las características más relevantes de los tres regímenes eróticos que se presentaron a lo largo del siglo XX desarrollados por María Martha Collignon y Zeyda Rodríguez en su texto *Afectividad y sexualidad entre los jóvenes. Tres escenarios para la experiencia íntima en el siglo XX* (2013), el primer periodo perduró hasta los años cincuenta, el segundo hasta la década de los sesenta, y el tercero abarca desde los ochenta hasta nuestros días.

En el primer periodo, a finales del siglo XIX, se destaca la gran influencia de la moral católica a cargo de la Iglesia en lo relativo a la esfera de la vida privada y el comportamiento de las mujeres y los hombres, así como su forma de relacionarse sexual y sentimentalmente. “El aprendizaje amoroso y sexual se encontraba totalmente dentro de la lógica del tránsito que convertía a las niñas en esposas y madres y a los niños en trabajadores, esposos y padres” (Collignon y Rodríguez en Regillo, 2013, 269). Los roles de hombres y mujeres apelaban a lo “natural” para cada uno, por ejemplo, en el caso de las mujeres se reconocía la existencia de una esencia tendiente a encontrar la felicidad y la realización al convertirse en esposa y madre.

Los valores del catolicismo continuaron imperando en la primera mitad del siglo XX siendo el matrimonio heterosexual monogámico el modelo ideal cuya función principal era la reproducción biológica. Sería en los años cincuenta con el crecimiento de las ciudades, que empiezan a mostrarse cambios en la dinámica afectiva y sexual de México gracias a la introducción de modelos extranjeros los cuales “tuvieron eco principalmente en poblaciones femeninas que buscaron y exigieron educación sexual, sufragio, servicios de salud, control del embarazo, divorcio voluntario, igualdad entre los sexos y reconocimiento de los hijos naturales, aunque de forma paralela aún se sostenía la imagen de la mujer como ama de casa y pilar de la familia” (Collignon 2006 en Reguillo, 2013, 281).

Durante el segundo periodo, en los años sesenta y setenta, en el ámbito internacional cobraron impacto entre las mujeres jóvenes posturas políticas de

izquierda y movimientos que hablaban de la revolución sexual, las cuales se vieron fortalecidas con la aparición de la píldora anticonceptiva. En México, el feminismo buscó el reconocimiento de derechos y la igualdad entre los sexos para que las mujeres accedieran a participar en el ámbito laboral, educativo y el de la reproducción a través de la lucha por la legalización del aborto y del uso de anticonceptivos. Al respecto:

con la modificación del Código Sanitario (que había prohibido la propaganda y venta de productos anticonceptivos) en 1973 los jóvenes de este periodo fueron los primeros de México que tuvieron la posibilidad de acceder de forma legal a los métodos anticonceptivos, si bien esta reforma garantizó el acceso real a los métodos no pudo romper de forma total con una moral sexual católica que sólo reconocía el matrimonio como espacio legal para el ejercicio de la sexualidad (Collignon y Rodríguez en Regillo, 2013, 288).

El estudio de las prácticas sexuales en México se inició en los años ochenta produciendo información que, además de brindar datos sobre la dinámica demográfica de la población, mostró la posibilidad de observar la existencia o ausencia de una separación entre el ejercicio de las relaciones heterosexuales de las mujeres y la vida matrimonial y procreativa (Gayet y Szasz, 2014).

Además de la disminución de la fecundidad de las jóvenes, el intervalo entre el nacimiento de los hijos/as fue ampliándose y comenzaron a disminuir los años en que las mujeres pasaban gestando y criando a sus hijos/as. En este proceso se destaca el distanciamiento de la sexualidad del ámbito de lo religioso y científico, ya que surgen otras figuras de conocimiento diferentes a los médicos o los confesores, como los sexólogos, terapeutas y psicólogos. “En este escenario, la felicidad, el amor y el goce sexual parecen haber sido secuestrados por la medicina, las tecnologías y el mercado” (Collignon y Rodríguez en Regillo, 2013, 294).

Durante el tercer periodo se destacan hechos como el cambio en las prácticas sexuales de las/los jóvenes, las campañas de planificación familiar iniciadas en los setenta, la prevención del embarazo en adolescentes y de infecciones de transmisión sexual como el VIH, las cuales fueron promovidas en los noventa mostrando resultados importantes para la incorporación del uso de anticonceptivos, particularmente el condón. Asimismo, comenzó a mostrarse en las/los jóvenes de finales del siglo XX una concepción diferente del matrimonio, la aceptación del divorcio y la disminución del número de hijos/as. De igual forma, los roles de género experimentaron ajustes considerando que:

los hombres han debido adaptarse a mujeres más conscientes de su ser en el mundo, menos dependientes y más exigentes; mientras que las mujeres a su vez han exigido de sus parejas mayor sensibilidad, ternura y corresponsabilidad en la crianza y cuidado de los hijos. Ellas intentan construir un balance entre los modelos heredados de sus madres y abuelas, y los que en la época inmediata anterior de los sesenta se intentaron construir: un modelo de mujer libre, independiente, exitosa, plena y feliz (Collignon y Rodríguez en Regillo, 2013, 303).

Como expresa Rodríguez (2006), la juventud se muestra heterogénea, conformada por aquellos que reproducen los patrones amorosos de la generación de sus madres y padres adoptando los límites establecidos, pero también incluye a aquellos/as que resisten a dichos límites, presionándolos y consiguiendo ampliar los márgenes. Al respecto, reconoce que el modelo de vida amorosa y sexual hacia el cual están encaminándose las mujeres y hombres jóvenes puede reflejar un modelo caracterizado por:

una mayor igualdad entre hombres y mujeres; la desestigmatización de las relaciones homosexuales, que pondría fin a la hegemonía heterosexual; la negociación de roles dentro de la pareja, guiada por un criterio de igualdad en los esfuerzos; la valoración de cualidades como la inteligencia, el

compromiso y la disposición al trabajo en ambos sexos; la progresiva desaparición del ritual del cortejo y la iniciativa por parte del varón; la variabilidad del nivel de compromiso, y la no obligatoriedad para las parejas de establecer vínculos civiles o religiosos; asimismo, la defensa de una sexualidad recreativa y no ya sólo reproductiva como elemento fundamental del amor, la posibilidad de pensar el futuro sin hijos, la distinción entre fidelidad espiritual y carnal, y el abandono de la idea de que el cuerpo de cada uno es propiedad del otro (Collignon y Rodríguez en Regillo, 2013, 304)

Al respecto son cuestionables algunos aspectos de dicho modelo y su aplicabilidad a los diferentes contextos sociales y culturales en los que se inscriben las y los jóvenes en México. Asimismo, pensar en “el fin de la hegemonía heterosexual”, resulta complejo si no se observa como elemento clave del sistema patriarcal, pues sustenta una estructura de la cual devienen mecanismos de poder político².

La intención de recopilar los aspectos más importantes de los diferentes periodos por los que ha transitado históricamente la configuración amorosa y sexual de la sociedad mexicana, ha sido visualizar la evolución ideológica que mujeres y hombres han experimentado con respecto a su forma de relacionarse, mostrando la modificación de ideas y prácticas; no obstante, la pareja sigue teniendo un peso importante en la reproducción. Como Jeffrey Weeks apunta, una historia de la reproducción no es una historia del sexo, por lo que este breve tránsito introduce a las distintas expresiones de la sexualidad, poniendo de manifiesto que los significados atribuidos al sexo están socialmente organizados y sostenidos por lenguajes insertos en tratados morales, leyes, prácticas educativas, teorías psicológicas, definiciones médicas, ritos sociales, ficción pornográfica o romántica y suposiciones de sentido común, estableciendo el horizonte de lo posible (Weeks, 1998). Esto permite entender el origen del cuestionamiento de hechos que parecen inamovibles, como lo fue considerar que la única función del sexo era la reproducción, que todas las mujeres desean ser madres y, de manera relativamente

² Lo anterior fue ampliamente desarrollado por las feministas Monique Wittig y Adrienne Rich.

reciente, el supuesto de que todos los hombres deben reproducirse y experimentar la paternidad.

En seguida analizaré algunos de los aspectos del imaginario social de la maternidad como un “deber” de las mujeres o como hecho que las define. En el curso veremos que “son las mujeres postmodernas, aquellas que asumen la orientación de su propia vida y que constituyen un colectivo de vanguardia en términos de estilos de vida y de preparación cultural” (Solé y Parella, 2004, 69), las que contribuyeron a la transformación del significado de la maternidad proponiendo formas menos convencionales, por ejemplo, tener hijos a una edad más avanzada, promover la adopción, la crianza sin una figura paterna, pero también se encuentran aquellas mujeres que pugnan por el reconocimiento de su derecho a no convertirse en madres.

El cuestionamiento a los mandatos de género: la construcción social de la maternidad y la paternidad

Ser madre. De la imposición a la decisión

El discurso de la maternidad durante el siglo XIX se convirtió en una apuesta demográfica, política y nacional; se pugró porque las madres dedicaran todo su tiempo al cuidado de sus hijos/as y se multiplicaron las publicaciones sobre la buena madre, el ideal burgués de la figura del ama de casa se constituyó como hegemónico en el mundo occidental para después comenzar su expansión en otros contextos (Branciforte, 2009). El feminismo fue desarticulando el modelo de la buena madre desde dos posturas: la deconstrucción del instinto maternal y el concepto de maternidad como eje de la identidad femenina (Saletti, 2008). Sería en el siglo XX, a partir de los años sesenta y setenta, cuando intelectuales y activistas del movimiento feminista comenzaron a plantearse el papel de las mujeres como madres, pero también comenzaron gestarse posturas críticas a la maternidad pues se presentaba:

como un obstáculo en el desarrollo de la autonomía y una razón de frustración e interrupción en sus aún frágiles posibilidades de desarrollo personal y profesional (...) El rechazo de la maternidad por el miedo a perder la nueva identidad conquistada se denuncia en los años setenta en eslóganes y manifiestos de liberación de la maternidad y de reapropiación del propio cuerpo (Branciforte, 2009, 63).

La teórica feminista Adrienne Rich realizaría en aquel entonces una distinción detallada entre la maternidad como institución y la maternidad como experiencia; señalando que la maternidad como institución alienaba a las mujeres asegurando el control de sus cuerpos en cuanto a su reproducción y su sexualidad. La maternidad como construcción cultural impone a las mujeres formas monolíticas de vivir y de entender sus cuerpos sexuados (Anzorena y Yáñez, 2013; Yáñez, 2009). De igual forma, Simone de Beauvoir en su obra *El segundo sexo* publicada en 1949, se pronunció en contra de la existencia de un presunto “instinto maternal”, señalando que la maternidad anulaba a la mujer como persona ya que dificultaba la consecución de la igualdad. Renunciar al matrimonio y a la procreación se presentaba como una salida para que las mujeres no fueran relegadas a la esfera privada y dejarán atrás los roles tradicionales de esposa y madre impuestos socialmente. Estas ideas fueron compartidas por otras reconocidas feministas de la época como Shulamith Firestone, Betty Friedan y Kate Millet.

Pensar la maternidad como un valor y un derecho individual, propició transitar de una noción de tradición a una de elección. En los años setenta y ochenta, con la aparición del feminismo de la diferencia, surgen corrientes que reivindican la función maternal como fuente de identidad, placer y conocimiento, por lo que se consideró entonces que la maternidad en sí misma no era la fuente principal de opresión, sino “la responsabilidad exclusiva de las mujeres en relación al cuidado de los hijos y la esfera doméstica” (Solé y Parella, 2004, 75), requiriéndose políticas neutrales que no delimiten las funciones maternas y paternas desde una postura tradicionalista, pues se asignaba a las mujeres mayor participación o responsabilidad en la crianza.

Aunque es cierto que la presencia de las mujeres en la sociedad ha cambiado y que se reconocen aspiraciones diferentes a las de convertirse en esposas y madres, la maternidad como “mito” sigue arraigada en el imaginario colectivo, y es que “sobre una representación de la capacidad biológica de parir, se ha construido una función social que fundamenta la diferencia entre hombres y mujeres” (Asakura, 2005, 62). La maternidad construye lo simbólico de la feminidad y se queda en los sujetos sociales:

la fuerza de lo simbólico radica en su capacidad de impedir a las personas todo cuestionamiento, hacerlo parecer obvio, natural, es la “ilusión de la naturalidad” (...) La maternidad ha sido considerada como algo que nace de la mujer de forma espontánea, algo que forma parte de la biología femenina y por lo tanto atañe a todas las mujeres de cualquier cultura; se ha construido así el llamado instinto maternal. Así, la maternidad concebida de esta manera no es real sino imaginaria, reforzada por los mitos que influyen en las decisiones de cada persona en cuanto a su proyecto de vida (Fernández en Asakura, 2005, 65).

La posibilidad procreativa de las mujeres se ha convertido socialmente en una conducta esperada, un símbolo de la feminidad, un imperativo. El dogma de la maternidad funda el instinto materno y lo arraiga en cada mujer, por lo que en algún momento de su vida manifestará el deseo y/o necesidad de tener hijos/as, puesto que todas las mujeres son consideradas madres en potencia. Sobre esto, Ann Oakley identifica tres falsas creencias que componen el mito contemporáneo de la maternidad: la primera es que todas las mujeres desean convertirse en madres, la segunda es que toda madre necesita a sus hijos/as, la cual se corresponde con la tercera y última, todos los hijos/as necesitan a sus madres (Oakley en Solé y Parella, 2004). Tales creencias han legitimado la imposibilidad de pensar a las mujeres como sujetos autónomos que deciden sobre su reproducción y cuyos intereses y actividades pueden rebasar el espacio doméstico o el interés por tener descendencia.

Una muy relevante contribución del feminismo fue el análisis de la corporalidad al poner de manifiesto las condicionantes que el género inscribe, es así que los estudios sobre la maternidad llamaron a salir de una visión esencialista y comprenderla no sólo como un hecho biológico, sino como una construcción discursiva y socio-histórica fundada en el cuerpo sexuado de las mujeres.

La maternidad es el substrato social, cultural y político que organiza a millones de mujeres en un modo de vida y una cultura conformados por actividades, por relaciones y jerarquías sociales, personales e íntimas, comunitarias, nacionales (...) el sentido de la vida de todas se define en torno a la maternidad, para muchas de manera exclusiva; para otras, que son cada vez más, la maternidad coexiste con otras prioridades (...) la maternidad es parteaguas de la identidad de género de la vida cotidiana de las mujeres (Fernández en Hernández, 2005, 91).

La cultura de la maternidad preserva los estereotipos de la “buena” y la “mala” madre, los cuales propician altas expectativas para las mujeres quienes buscan cumplir con un ideal de maternidad. La “mala madre” es narcisista y está enfocada en sus propios intereses en vez de poner atención a sus hijos/as. La “buena madre”, refleja una absoluta abnegación y sacrificio, ya que “sólo quiere lo mejor para sus hijos, sabe intuir sus necesidades sin el menor esfuerzo (...) una mujer inmune al aburrimiento, que vive la crianza de sus hijos como una fuente de placer que no requiere sacrificio” (Swigart en Solé y Parella, 2004, 76).

El mito de la maternidad idealiza la procreación, la crianza y los cuidados, tener hijos/as es la gran promesa para experimentar el amor verdadero, la felicidad y la realización personal. Y si bien algunas mujeres pueden confirmar lo anterior de acuerdo a su experiencia, otras reconocerán los cambios y tensiones que la maternidad trae consigo a la vida cotidiana, laboral y afectiva, las cuales pueden expresarse a través de emociones como el cansancio, la ansiedad, la angustia, la tristeza, entre otras que son silenciadas para evitar el reproche social.

En la actualidad la cultura de la maternidad genera frustración y ambivalencia, ya que se espera que las mujeres brinden toda su atención a los hijos/as, pero también, que se desarrollen laboralmente; por tanto, muchas de ellas han decidido postergar la maternidad hasta cumplir con sus objetivos profesionales. Como expresa Carlota Solé y Sònia Parella en su artículo «*Nuevas*» expresiones de la maternidad. *Las madres con carreras profesionales «exitosas»*:

La maternidad deja de ser el único elemento central del proyecto vital y de las trayectorias biográficas de las mujeres y pasa a ser un complemento de su profesión, una profesión que en algunos casos se coloca en primera posición en su escala de valores. La maternidad es percibida como obstáculo para la promoción laboral o el éxito profesional; de manera que tener un hijo se asocia a la reducción de libertad, a la incompatibilidad con una vida profesional intensa y a la carencia de control sobre el proyecto propio de vida (Solé y Parella, 2004, 71).

Las autoras destacan una serie de causas que están contribuyendo a retrasar la decisión de tener descendencia en la sociedad española, entre ellas está el hecho de no disponer de tiempo propio para las mujeres, la emergencia de nuevos estilos de vida, la mayor reticencia de las/os jóvenes a comprometerse en la formación de una familia, la voluntad de las mujeres para vivir la maternidad tras haber cumplido una serie de logros en el terreno profesional, la exigencia de contar con una estabilidad económica, las dificultades de acceso a la vivienda, la precariedad de la ocupación, la dificultad de conciliar la vida familiar y laboral, y la vigencia del mito de la maternidad “intensiva” en la cual la madre brinda una gran dedicación a los hijos/as en términos de tiempo, ya que es ella quien debe ocuparse de su cuidado, lo que pone en disputa las aspiraciones individuales y la maternidad, provocando sentimientos de frustración, estrés, angustia y culpabilidad. A todo esto, se suma la insatisfacción de la vida en pareja por la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales y la baja disponibilidad de tiempo para realizar actividades en conjunto (Solé y Parella, 2004).

El feminismo enfatiza no limitar a las mujeres a un rol procreativo y de cuidados y busca transitar a nuevos esquemas para pensar y experimentar la maternidad, donde los arreglos que interfieren con la participación de las mujeres en las estructuras educativas, políticas y sociales se difuminen para garantizar su incorporación plena y reconocimiento. Asimismo, pugna por que todas las mujeres tengan acceso a métodos anticonceptivos y a la práctica del aborto de forma segura y efectiva. Sin embargo, en este escenario poco se aborda el rechazo total a la maternidad y otras formas de gestión de la capacidad procreativa, como su anulación voluntaria, pues esta es una expresión más de la libertad sexual y reproductiva. Sin duda, las prioridades, problemáticas y luchas de las mujeres que conforman los feminismos son diversas y contextuales, no obstante, sería necesario que en materia de derechos sexuales y reproductivos se invite a integrar este tema en las agendas, pues:

Las feministas han sido líderes en argumentar que la libertad sexual y reproductiva significa ser capaces de que niñas y niños, propios o ajenos, alcancen una madurez sólida con salud y seguridad en comunidades intactas. Las feministas han sido también las únicas en insistir en el poder y el derecho de toda mujer, joven o vieja de escoger *no* tener hijos o hijas (Haraway, 2019, 26)

Es necesario apuntar que, si bien existen una serie de condiciones que han permitido a las mujeres concebir la maternidad, la sexualidad y las relaciones de pareja desde nuevas ópticas:

Siguen siendo hegemónicos los esquemas y modelos culturales tradicionales que jerarquizan las relaciones entre hombres y mujeres, y que suscriben la maternidad al ámbito privado y el ejercicio de la sexualidad a la norma heterosexual y a la familia conyugal. Por lo menos en lo que toca a la sexualidad y la maternidad, las mujeres en sus experiencias diversas han sido expuestas a vacíos culturales, a la ausencia de representaciones,

valores, normas y significados alternativos que den sentido a las prácticas reproductivas emergentes (Sánchez Bringas *et al.*, 2004, 81).

Se han revisado los cambios y las luchas de las mujeres para resignificar la maternidad, como un tema de largo y profundo desarrollo desde el feminismo, ahora es necesario plantear un contexto relacional para comprender las formas tradicionales en las que se ha desempeñado la función paterna y los modelos más actuales que invitan a los hombres a asumir un papel activo en el cuidado y crianza de los hijos/as, pues las representaciones y discursos sociales e institucionales igualmente han conformado normatividades, valoraciones y significados del ser hombre y ser padre. Por tanto, expondré algunos de los aspectos que los estudios de género y masculinidad han arrojado sobre la experiencia de la paternidad.

Paternidad y masculinidad hegemónica

La emergencia de los estudios de masculinidad puede comprenderse a la luz de importantes transformaciones sociales que ya hemos revisado en capítulos anteriores y que llevaron a que los hombres reconfiguraran su identidad, por ejemplo, la aparición de la pastilla anticonceptiva, y con ello, la posibilidad de las mujeres de ocupar espacios públicos y limitar su descendencia, así como la reestructuración de la familia nuclear. Sería en los años noventa cuando aparece la masculinidad propiamente como un elemento de estudio y reflexión sobre la forma en que los hombres llegan a “ser hombres”; los primeros abordajes de la masculinidad fueron desarrollados desde la antropología (Contreras *et al.*, 2010). “Para Elizabeth Badinter el estudio de la masculinidad ha tenido un carácter reactivo, que respondería a constantes llamados e invitaciones de transformación social que los estudios feministas y la perspectiva de género le hacen” (Badinter en Schongut, 2012, 41). De frente al conocimiento generado por las propias mujeres para evidenciar los diferentes mecanismos de opresión, “era también necesario poder entender cómo los hombres hacían lo propio, emergiendo así la necesidad

de ver cómo ellos podían también construir e imaginar una definición de sí mismos y cómo significaban la relación entre los géneros” (Schongut, 2012, 42).

“La masculinidad más que un producto es un proceso, un conjunto de prácticas que se inscribe en un sistema sexo/género culturalmente específico para la regulación de las relaciones de poder, de los roles sociales y de los cuerpos de los individuos” (Connell en Schongut, 2012, 41). Como formato normativo, reglamenta el ser hombre mediante una cara prescriptiva que indica lo que se debe hacer y otra cara proscriptiva que refiere lo que no se puede hacer (Contreras, 2010). Al respecto, la gran mayoría de los hombres experimentan un proceso de aprendizaje a partir de estereotipos de género caracterizados por agresividad, violencia, autoritarismo y escasa manifestación de los afectos y sentimientos:

“Ser hombre” es algo que se debe lograr, conquistar y merecer. Para hacerse “hombre” se deben superar ciertas pruebas como: conocer el esfuerzo, la frustración, el dolor, haber conquistado mujeres, hacer uso de la fuerza cuando sea necesario, ser aceptados como “hombres” por los otros varones que “ya lo son”, y ser reconocidos como “hombres” por las mujeres (Parrini en Olavarría y Parrini, 2000, 12).

El concepto de masculinidad hegemónica fue planteado en 1987 por R. W. Connell para analizar la interrelación del género con las prácticas y la estructura social, considerando las relaciones de producción (labor), las relaciones de poder, donde las conductas violentas se asocian con una supuesta esencia masculina, y las relaciones de afecto, emociones y sexualidad social. Dicho concepto ha sido revisitado por la autora en varias de sus obras, sin embargo, sigue siendo fundamental pues permitió el reconocimiento de distintas expresiones de la masculinidad, señalando que no todas están en la misma posición de poder, pues no todos los hombres cumplen con ciertas “obligaciones” para ser reconocidos como tal, por ejemplo, el ejercicio de la heterosexualidad (Connell, 1995), o bien, la continuidad a través de su descendencia.

Para Luis Bonino la masculinidad hegemónica es:

la configuración normativizante de prácticas sociales para los varones predominante en nuestra cultura patriarcal, con variaciones pero persistente. Aunque algunos de sus componentes estén actualmente en crisis de legitimación social, su poder configurador sigue casi intacto. Relacionada con la voluntad de dominio y control, es un *corpus* construido sociohistóricamente, de producción ideológica, resultante de los procesos de organización social de las relaciones mujer/hombre a partir de la cultura de dominación y jerarquización masculina. Elemento clave en el mantenimiento de dicha cultura, deriva su poder de la naturalización de mitos acerca de los géneros, contruidos para la legitimación del dominio masculino y la desigual distribución genérica del poder. Esta naturalización permite mostrar como verdades una serie de falacias sociales sobre el ser y el deber ser de los saberes, pensares, estares y sentires de los hombres (Bonino, 2003:10).

En el aprendizaje del ser hombre las necesidades y sentires suelen ser negados y reprimidos, pues la expresión de las emociones está relacionada con el proceso de alienación y distanciamiento del propio cuerpo (Kauffman, 1997; Herrera, 1999). La pérdida de la posibilidad misma de expresión, configura una especie de cuerpo no-sintiente que tiende a suprimir lo socialmente ligado al dolor, al miedo, a la tristeza, o a cualquier emoción pues se asocia a lo femenino. La masculinidad hegemónica enfrenta a los hombres a diversos desafíos y mandatos como ser exitosos, obtener un trabajo, formar una familia y tener descendencia, siendo este uno de los pasos fundamentales del tránsito de la adolescencia a la madurez (De Keijzer en Salguero, 2006).

El análisis del orden social y los aprendizajes de género implicados en las relaciones sociales entre hombres, y de estos con las mujeres, ha llevado a problematizar su participación en el cuidado de la salud sexual, su papel en el proceso reproductivo y en la crianza de los hijos/as, ámbitos de los que suelen desvincularse pues se

consideran espacios que corresponden a las mujeres “por naturaleza”, ideas que subsisten en políticas y campañas sobre sexualidad y reproducción las cuales tienden a estar focalizadas en las mujeres, delimitando espacios y prácticas desiguales entre los géneros. En este sentido, se vuelve necesario visibilizar socialmente a los hombres como seres que se reproducen y no únicamente como acompañantes de las historias reproductivas de sus parejas (Figuroa, 1995a); esto permitirá entender parte de cómo se construye o mantiene el deseo de un hombre de ser padre.

Reflexionar sobre las diferentes maneras en las cuales los varones han aprendido a ‘ser hombres’ y a ‘ser padres’, incorporando la historicidad de las relaciones a través de las cuales se han visualizado como padres, el lugar que otorgan a los hijos e hijas, las maneras en las que se involucran en el cuidado, atención y educación (...) rompe con la idea de la naturalidad e incorpora el proceso de aprendizaje, es decir, los varones van aprendiendo y construyendo una manera particular de ser hombres y ser padres. (Salguero, 2006,157)

La paternidad “es una construcción sociocultural y por tanto influida por la formación de la identidad genérica, no es sólo la reproducción biológica, sino lo que se hace con los productos de esa reproducción, las diferentes prácticas sociales que integran las funciones y responsabilidades con los hijos e hijas” (Salguero, 2004, 5) es un proceso social y cultural influenciado por discursos históricos por lo que no puede ser vista como algo universal.

Así pues:

“en el siglo XX la paternidad se impone a través de procesos sociales y psicológicos en la subjetividad de hombres y mujeres, se inscribe en el ámbito de la familia, de los grupos pares, en los procesos de identidad y socialización de cada persona, pero también, en las políticas públicas que impulsaron una

forma particular de paternidad, donde la familia nuclear se convirtió en el modelo paradigmático” (Parrini en Olavarría y Parrini, 2000, 25).

La paternidad es un aspecto constitutivo de la masculinidad adulta, la culminación de un largo rito de iniciación para convertirse en un hombre verdadero. “Se trata de una exigencia que incluye también una interpretación y un modelo pautado de paternidad, no se trata del mero hecho de engendrar hijos. Ser padre es participar de la naturaleza: así está preestablecido y corresponde al orden natural” (Parrini en Olavarría y Parrini, 2000, 25). No obstante, como se revisó al inicio del presente capítulo, la revolución anticonceptiva significó un giro radical para las mujeres, pero también para los hombres pues cuestionó dicho “orden natural” permitiendo privilegiar otros aspectos o demandas propias del ser hombre en contextos particulares.

En cuanto a investigaciones mexicanas que abordan las diferentes concepciones de la paternidad, destaco la realizada por Lucero Jiménez Guzmán, *La reproducción de los varones en México. El entorno sexual de la misma* (2001), en la que a través de testimonios de hombres profesionistas de nivel medio de la Ciudad de México, constata que la paternidad es concebida como un trabajo que amerita una gran responsabilidad, es algo que ata y que cambia radicalmente sus vidas pues lo consideran un hecho irreversible, pero también, se describe como una experiencia emocional gozosa y de aprendizaje permanente. Por otro lado, en el estudio de Alicia Salguero, *Identidad, responsabilidad familiar y ejercicio de la paternidad en varones del Estado de México* (2006) los hombres entrevistados expresaron que no estaba en sus planes de vida ser padres, ya que desde la perspectiva social, ser hombre implica en primera instancia terminar una carrera profesional, establecerse laboralmente, tener ingresos económicos que les permitan adquirir una casa, quizá un auto, y poder mantener el estilo de vida de clase media que en México resulta cada vez más difícil. Ambas investigaciones muestran a la paternidad no sólo como un mandato que todos los hombres deben cumplir, sino como un hecho que entra en juego con implicaciones sociales, culturales, educativas y económicas de cada

hombre, dando mayor importancia a satisfactores que igualmente forman parte de la identidad masculina, como el éxito laboral.

De esta forma, la masculinidad hegemónica es un modelo que provoca fuertes tensiones, por lo que “debe reconocerse que los hombres enfrentan conflictos, contradicciones y costos sociales cuando asumen maneras de ser que llegan a transgredir el ‘deber ser’ hegemónicamente instituido” (Salguero, 2006, 161), como podría ser postergar o anular su reproducción, demostrar su descendencia y ejercer la paternidad.

Si bien la transformación de la identidad masculina y su papel en la reproducción es un fenómeno que comienza a reflejarse más en los estudios de masculinidad, es importante decir que los hombres que rechazan ser padres no afrontan el mismo juicio social que se imputa a las mujeres por negar su “naturaleza” de convertirse en madres. Se espera entonces que “el derrumbamiento de la identidad biológica y determinista que hasta ahora ha afectado la construcción de erróneas identidades femeninas (...) repercute también en la caída de las tradicionales identidades masculinas” (Branciforte, 2009, 51). Lo anterior, sigue siendo un desafío para las mujeres, pues están en construcción otras identidades fuera del mandato biológico de la maternidad; además se ha generado el falso dilema de que ser madre y no serlo son esferas opuestas e irreconciliables, pues como Adrienne Rich apuntó, “la mujer sin hijos” vs. “la madre”, son falsas polarizaciones que sólo benefician a la institución de la maternidad y a la heterosexualidad obligatoria” (Rich en Anzorena y Yáñez, 2013, 224).

En el siguiente apartado me aproximaré al estudio de mujeres y hombres que han elegido no reproducirse, eco de un fenómeno que se originó en otros contextos sociales y geográficos, y que se posicionó en México de forma reciente con el resurgimiento del movimiento antinatalista y la expresión de los grupos *childfree*.

Creación de nuevas identidades: rechazo a la reproducción

En la actualidad han sido muchas las condiciones que han permitido que mujeres y hombres puedan cuestionar el valor social de la reproducción, este es un fenómeno que suele verse de forma más frecuente en las mujeres debido a la posibilidad biológica de la procreación y al impacto que en su identidad tiene la cultura de la maternidad; no obstante, los hombres también han ido desmarcándose de la paternidad como rasgo de una masculinidad hegemónica. A esto se suman los problemas socioeconómicos, culturales y ambientales, así como las complejidades emergentes de nuestra época, permitiendo la posibilidad de plantear para hombres y mujeres un futuro sin hijos/as por elección. Al respecto, países como España, Austria, Italia, Finlandia, Holanda, Reino Unido y Estados Unidos, son los países en los que se reportan importantes porcentajes de mujeres que no desean reproducirse (Miettinen y Szalma, 2014).

Es principalmente en dichos países donde la decisión de no tener hijos/as ha ido configurándose hasta permitir la generación de grupos identitarios con el mismo objetivo. Las explicaciones y motivaciones de quienes eligen no tener descendencia son múltiples, complejas, variables y muchas veces contradictorias, al igual que las razones para tener hijos/as. Sin embargo, entre las que más se expresan está la economía, el creciente individualismo y los procesos de secularización, la aspiración a altos niveles de educación, un confiable control de la natalidad, la postergación de la vida en pareja, las rupturas matrimoniales, el escaso tiempo libre debido a la jornada laboral, preocupaciones medioambientales y diversos posicionamientos ideológicos, por ejemplo, para algunas mujeres el rechazo es visto como resistencia a las nociones hegemónicas de la feminidad (Richie, 2013).

Resurgimiento del antinatalismo y la emergencia de los grupos childfree

Aunque la decisión voluntaria de no tener hijos/as podría parecer un tema reciente, este ha sido motivo de razonamientos éticos, políticos y filosóficos desde el siglo

XIX a través de corrientes como el antinatalismo, cuya postura aboga por el fin de la reproducción, siendo su premisa básica “vivir es sufrir” y por tanto la vida no merece ser vivida; el origen del pensamiento antinatalista se reconoce en la obra del filósofo alemán Arthur Schopenhauer. El antinatalismo ha cobrado un interés reciente entre hombres y mujeres que deciden no tener hijos/as por elección, pues es un marco teórico de referencia. David Benatar, director del Departamento de Filosofía de la Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica es uno de los más recientes defensores del antinatalismo; en su libro *Better Never to Have Been: The Harm of Coming into Existence* (2006), el filósofo asegura que nacer es una profunda y terrible desgracia, por lo tanto, hay que evitar dar vida a nuevas personas para evitar el sufrimiento que esos individuos experimentarán. Son las circunstancias negativas del mundo, las que llevan al imperativo moral de evitar males a cuantos más futuros posibles seres sea posible. Aunque estas ideas no son apoyadas ampliamente por toda la sociedad, existen quienes las han acogido como base para la defensa de sus ideales, como aquellos orientados al activismo ecológico, en los que el antinatalismo se presenta como una opción congruente para evitar el sufrimiento.

Dentro de los grupos que rechazan la reproducción también pueden encontrarse los denominados *childfree*, los cuales tienen su antecedente en la década de los setenta en Estados Unidos con la formación de la *National Organization for Non-Parents*, integrada por 400 miembros, que en 1972 hablaría del modo de vida sin hijos/as por elección o el *childfree style*. El surgimiento de la organización y sus ideas fueron difundidas a través de un artículo en la revista *Time* en julio de ese mismo año:

Todos los miembros, incluso aquellos que son padres, están comprometidos con que la decisión de no tener hijos representa un camino para crear un 'espacio social'. Eso significa 'una combinación de tiempo, dinero y energía' que puede utilizarse para conservar los recursos planetarios, luchar en contra del alto costo de la vida, y liberar a los esposos y esposas para perseguir el

activismo político y la búsqueda de otros estilos de vida (Berman 2015, párr. 4).

La organización cambiaría su nombre a *National Alliance for Optional Parenthood*, en respuesta a la estigmatización que las personas y parejas sin hijos/as habían sufrido por parte de los grupos pronatalistas al llamarles egoístas, superficiales y neuróticos (Berman, 2015). En 2013 la revista *Time* abordó nuevamente el tema, esta vez dedicando un número al estilo de vida *childfree* titulado *The Childfree life. When having it all means not having children*.

Los movimientos *childfree* comenzaron a expandirse de Estados Unidos hacia los países europeos y latinoamericanos –como Chile, Colombia, Puerto Rico y México–, y con el tiempo emergieron otras manifestaciones como los DINK (*Double-Income-No-Kids*) parejas cuyos intereses están centrados en el ámbito profesional; de manera similar surgen las PANK (*Professional-Aunt-No-Kids*), las NoMo (*Not Mother*) –mujeres que deciden o no pueden ser madres–, y de manera más reciente los GINK (*Green-Inclinations-No-Kids*), preocupados por el impacto que la reproducción humana tiene en el medio ambiente (Amadeo, 2013; Hitchcock, 2018; Marajofsky, 2018).

Asimismo, se destaca el *Voluntary Human Extinction Movement (VHEMT)* fundado en 1991 por el activista ambiental Les U. Knight, quien argumenta que la gran mayoría de las sociedades humanas no mantienen estilos de vidas sustentables y los intentos por hacerlo no cambian el hecho de que la existencia humana es dañina para el planeta. Propone dejar que los seres humanos mueran gradualmente en beneficio para la biosfera terrestre, ya que la extinción humana gradual evitará el sufrimiento humano y la extinción de otras especies (VHEMT, 2018).

Laura Carroll en su libro *The Baby Matrix. Why Freeing Our Minds From Outmoded Thinking About Parenthood & Reproduction Will Create a Better World* (2012) cuestiona que el movimiento *childfree* pueda posicionarse como *mainstream* o

popular, ya que tener hijos/as sigue siendo la norma que prevalece, de lo contrario no existirían tantos cuestionamientos para quienes deciden lo contrario. Y esto es gracias a la gran influencia que tiene el discurso del pronatalismo como fuerza social dominante que incentiva la reproducción y exaltan la crianza y la maternidad a través de representaciones, prácticas y políticas siempre a favor de la reproducción. No existe duda de lo anterior, aunque haya discursos emergentes que plantean relaciones erótico-afectivas y familiares donde los hijos/as no son un tema central, es una realidad que la reproducción funciona como ordenador social en la vida de muchas mujeres y hombres.

El pronatalismo se refuerza a través de revistas, libros, canciones, películas, donde el amor y las relaciones de pareja se afianzan a partir de la llegada de los hijos/as, ya que son la demostración más grande de la unión entre dos personas; por eso el nacimiento de un bebé siempre es causa de celebración. Por el contrario, quienes no tienen descendencia son representados como mujeres y hombres desorientados, egoístas y moralmente deficientes, porque una vida sin hijos/as no tiene sentido y conlleva al arrepentimiento (Carroll, 2012).

Un ejemplo actual de la forma en la que actúa el discurso pronatalista es la exaltación de la maternidad de las celebridades en los medios de comunicación, presentando de una forma glamourosa a la familia perfecta, las actividades alrededor de la crianza, la elección del nombre del bebé, la ropa que usará, los detalles de las celebraciones de cumpleaños, los hijos/as se vuelven un accesorio de la persona y muestran el estatus socioeconómico, pues el número de hijos/as que puedes mantener refleja la cantidad de dinero con el que cuentas (Carroll, 2012).

El acceso y uso de las tecnologías de la información, en particular de internet, ha resultado fundamental en la creación de subjetividades y en la interconexión de grupos de hombres y mujeres que de manera voluntaria rechazan su capacidad reproductiva. Hoy en día existen múltiples sitios *web* y *blogs* de grupos *childfree* y

sus diferentes expresiones, donde convergen personas de distintos países dispuestos a proporcionar lecturas, películas, biografías de personajes sin hijos/as, frases, chistes o burlas sobre la maternidad y la paternidad, así como la posibilidad de arreglar encuentros entre personas con los mismos intereses, dando cuenta que:

Las nuevas tecnologías devienen dispositivos culturales en la medida en que las juventudes les atribuyen la capacidad de participar y asistir en sus propios procesos de alteración, transformación o reconfiguración de los sentidos que el sistema (mundo adulto) asocia con sus prácticas, entorno, cuerpo y relaciones. De este modo se entiende por proceso de subjetivación el proceso de construcción de sentido que los sujetos jóvenes –tomados individual y/o generacionalmente- realizan en el marco de determinados condicionamientos socioculturales y materiales (Medina en Reguillo, 2013, 165).

En el apartado siguiente presentaré algunos trabajos teóricos que han estudiado a las mujeres y hombres sin hijos/as por elección destacando el prejuicio social que enfrentan y la falta de reconocimiento a sus necesidades y modo de vida.

Mujeres y hombres sin descendencia por elección. Abordajes teóricos

Quienes deciden no reproducirse subvierten las normas de género y afrontan el tabú de la reproducción al no responder a esa expectativa social. Son tachados de egoístas, diferentes, desviados y anormales. En el caso particular de las mujeres, invariablemente son definidas por su estatus no reproductivo, representan un oxímoron, pues una mujer encuentra su definición al ser madre, lo que reafirma la creencia de que las mujeres infértiles y sin hijos/as tienden a estar locas, tristes, incompletas o desesperadas (Malson y Swann, 2003; Hird y Abshoff, 2000). Ideas como las anteriores encuentran arraigo al no existir una representación o término que defina de una manera afirmativa o positiva a quienes han elegido no tener descendencia.

En otros países se hace referencia a los hombres y mujeres sin hijos/as bajo los términos *childless*, *voluntary childless*, *intentionally childless*, *childless by choice*, llevándolos/as a existir como grupo caracterizado o definido a partir de un prefijo que denota la ausencia, pues lo esperable es la procreación. Ante esto se ha optado por utilizar el término *childfree*, buscado eliminar la estigmatización de la no procreación y dotarle de un sentido de libertad y elección (Settle y Brumley, 2014). En investigaciones mexicanas se hace referencia a mujeres no madres, mujeres que eligen no ser madres, mujeres sin hijos, no maternidad voluntaria, mujeres que deciden permanecer sin hijos, mujeres sin descendencia (Ávila, 2005; Ezcurdia, 2005; Ramírez, 2013; Solís, 2018) o mujeres y hombres sin hijos/as por elección, como se ha utilizado a lo largo de este estudio.

Al no existir modelos positivos que presenten que la decisión de no tener hijos/as es tan válida como cualquier otra, nuestra cultura seguirá siendo implacable con quienes no cumplan con el mandato establecido, ya sea aquellas/os que elijan la no reproducción de forma voluntaria, pero también las/os que no pueden ser madres/padres por causas físicas o médicas.

La importancia de la teorización que el feminismo ha hecho al concepto de sexo/género ha sido necesaria para cuestionar la categoría “mujer” y para dar voz a una diversidad de expresiones sexuales y reproductivas y no reproductivas, y en el caso último, mujeres que se definen a sí mismas dentro de un esquema que va en contra de las normas de la maternidad. La ausencia de la reproducción está también en construcciones negativas a través de la mujer postmenopáusica, aquellas que experimentan la anorexia y sus manifestaciones como la amenorrea y la dificultad reproductiva. Estos ejemplos ilustran cómo la fusión entre la mujer y el cuerpo reproductivo de la mujer, continúa funcionando como una regulación ideal que tiende a patologizar y marginalizar la experiencia vivida de aquellas mujeres que no forman parte de aquel “ideal” (Gannon, 1998, 297).

Al respecto, “el feminismo, aunque ha promovido la elección y los derechos reproductivos, ha fallado en la incorporación de las experiencias de no-maternidad voluntaria en la teoría y en la praxis, como proyecto legítimo (Gillespie en Anzorena y Yáñez, 2013, 225) siendo este un tema que deberá sumarse al debate feminista de frente a los cambios y a la multiplicidad de configuraciones afectivas y sexuales en nuestra sociedad hoy en día, ya que detrás del derecho a la anticoncepción y a la interrupción del embarazo, pueden encontrarse las narrativas de mujeres en las que la maternidad no es un proyecto en sus vidas.

Dentro de las aproximaciones teóricas internacionales al fenómeno voluntario de la no reproducción, destaco el trabajo *Journey to remain childless: A grounded theory examination of decision-making processes among voluntary childless couples*, en el que Kyung Hee Lee y Anisa M. Zvonkovic (2014) exploran la toma de acuerdos en parejas heterosexuales para adoptar un modelo de vida sin hijos/as, identificando un desarrollo en fases temporales y como un proceso diádico. En el grupo participante se encontraron diferentes tipos de parejas: *mutual early articulator*, parejas que tenían la fuerte convicción de no tener hijos/as, incluso antes de conocerse y estar casados; *mutual postponer couples*, la mayoría de estas parejas asumió que algún día tendría hijos/as, sin embargo, llegó al acuerdo de posponerlo por un tiempo; y *nonmutual couples*, parejas donde en uno/a existe una convicción de no tener hijos/as y en el otro/a el deseo de sí tenerlos. En el proceso de toma de decisión se presentaron tres fases: el acuerdo, la aceptación y el *closing of the door*, recurriendo a la esterilización de algún miembro de la pareja. De manera importante, se definieron dos fuerzas detrás del proceso de toma de acuerdos: la firmeza en la decisión de no tener hijos/as y la importancia de la relación de pareja.

Graham y colaboradores, en *Why are childless women childless? Findings from an exploratory study in Victoria, Australia*, sugieren otra clasificación aplicable al estudio de las personas sin descendencia: la falta de hijos/as involuntaria, debido a problemas de infertilidad u otras condicionantes médicas; la falta de hijos/as prevista, es decir, una intención manifiesta de no tener hijos/a similar a la falta de

hijos/as voluntaria o *childfree* donde el ideal de fertilidad es de cero; y la falta de hijos/as temporal, que no es ni voluntaria ni involuntaria, sino vinculada a factores como la falta de una pareja o el postergamiento de la maternidad hasta pasada la edad fértil de la mujer (Graham *et al.*, 2013).

Elegí los trabajos anteriores pues reflejan un aspecto fundamental en el tema en cuestión: la dificultad para determinar si el hecho de no tener descendencia se produce de manera voluntaria o involuntaria, o bien, si es por decisión o como resultado de diferentes circunstancias. Estos aspectos son abordados por Shaw en su trabajo *Women's experiential journey toward voluntary childlessness* (2011), donde mostró que en los discursos de las mujeres la decisión de no reproducirse no se presentó de manera inequívoca, sino debido a la conjunción de factores como creencias sobre la igualdad y la independencia, aspiraciones profesionales y su construcción sobre la maternidad.

En *Women without Children: A contradiction in terms?* Hird y Abshoff (2000) destacan que la alta incidencia de personas sin hijos/as por elección en las recientes décadas es atribuible a un conjunto de factores sociales, políticos y económicos que han hecho posible que los individuos puedan tomar decisiones reproductivas más fácilmente. Las mujeres que voluntariamente deciden no tener hijos/as en la cultura occidental, son caracterizadas como mujeres con educación superior y de clase media que dan preferencia a su desarrollo laboral antes que a la crianza de infantes. Frecuentemente son asociadas con deseos masculinos ya que dedican gran parte de su tiempo a una carrera remunerada y rechazan la maternidad por considerarla menos valiosa en cuanto a su contribución a la sociedad. Y a pesar de que la educación y los objetivos profesionales son una razón constantemente referida por las mujeres para permanecer sin hijos/as, sugerir que todas las que deciden no tener descendencia están orientadas al crecimiento profesional, es también un estereotipo, pues para algunas el proceso de embarazo y el parto son los motivos principales para permanecer sin hijos/as ya que generan estrés, miedo o repulsión,

lo cual puede estar relacionado con vivencias propias o de mujeres cercanas que han experimentado abortos, embarazos y partos difíciles.

En el caso de los hombres, las autoras sugieren un interés marcado en las consecuencias financieras de tener hijos/as, ya que tradicionalmente se espera que los hombres sean los proveedores económicos, por lo que un hijo/a deriva en un impacto financiero que limita actividades como viajes y adquisición de bienes materiales. En cambio, las mujeres expresan motivos caracterizados por el altruismo respecto a las preocupaciones financieras y la seguridad económica.

De manera relevante, Hird y Abshoff señalan que existe poca evidencia empírica que soporte que el desagrado por los niños/as sea una de las razones más importantes para permanecer sin descendencia. Las personas que deciden no reproducirse presentan diferentes actitudes con respecto a los niños/as, ya que mientras algunas muestran desagrado y evaden su compañía, otras gustan de pasar tiempo y mantener contacto con sobrinos/as, primos/as, hijos/as de sus amistades, o infantes con los que conviven en su trabajo como docentes o cuidadores/as profesionales. Al respecto, las actitudes positivas frente a los niños/as no necesariamente van de la mano con querer criar hijos/as propios, esto puede deberse a la creencia de una falta de habilidades para su cuidado, miedo a no superar o igualar los estándares de sus propios padres y madres, o bien, repetir los aspectos negativos de la educación de proporcionada por sus progenitores.

En el contexto mexicano, Yanina Ávila González (2005) en *Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres*, presenta una investigación de corte antropológico que indaga la experiencia de un grupo de mujeres de la Ciudad de México que voluntariamente eligieron no ser madres. En el estudio se analiza mediante testimonios, las presiones sociales a las que son sometidas las mujeres que no son madres, encontrándolas en el lenguaje al no contar con un término positivo para hacer referencia a este grupo, así como en el constante cuestionamiento de los motivos por los que rechazan la maternidad, en las leyes,

con marcos contradictorios que obstaculizan el ejercicio libre de los derechos reproductivos, y en el ámbito clínico, donde se dificulta la atención médica debido a la creencia generalizada de que la maternidad es un deseo natural y universal para todas las mujeres, símbolo de un desarrollo psicosexual normal.

Por su parte, Hiroko Asakura en *Cambios en significados de la maternidad: la emergencia de nuevas identidades femeninas*, presenta diferentes modelos en los que las mujeres han trasgredido los roles de género intentado construir nuevas identidades con base en sus propios estilos de vida en México, siendo una de dichas identidades las mujeres que deciden no tener hijos/as, ya que la maternidad no es una prioridad en su vida, además no consideran que los hijos/as sean indispensables para su realización ni para formar una familia, por tanto, la maternidad es una opción de vida que cada mujer puede elegir o no. También hace referencia a las mujeres con pareja que decidieron no tener hijos/as, quienes cumplen con al menos una de las expectativas sociales tradicionales: formar una pareja, casarse y llevar a cabo las funciones de esposa. Lo relevante es que en dicho esquema los hijos/as no se ven como indispensables para su realización como mujeres ni para la formación de una familia, cuestionando el valor atribuido a los hijos/as en la vida y consolidación de una pareja. Finalmente, habla de las mujeres solas y sin hijos/as, como quienes trasgreden los roles de género de madre, esposa y ama de casa (Asakura, 2005).

En su estudio sobre *Mujeres sin descendencia en la Ciudad de México*, Sylvia Solís López (2018) analiza en residentes de la Ciudad de México que concluyeron su etapa reproductiva, universitarias y de elección erótico-afectiva y estado civil indistinto, los aspectos significativos del proceso mediante el cual llegaron a no tener descendencia. Identifica que la decisión no puede leerse ajena a circunstancias concretas en la vida de cada mujer; encontró tres momentos significativos en la experiencia de vida de cada una relacionados con no tener descendencia: la socialización del género, el control sobre la vida reproductiva y la relación dialógica con las parejas. Un aspecto común en las entrevistadas fue la articulación de su

identidad como mujeres sin considerar a la maternidad o la descendencia como clave, una de las cuestiones que deja abierta a otras investigaciones es la manera las mujeres reproducen un rol de madre en otras relaciones y espacios (2018).

En el trabajo *Una aproximación sociocultural a la no-maternidad voluntaria* (2013), Valentina Ramírez analiza las formas de identificación que se relacionan con la opción por la no maternidad voluntaria en diez mujeres mexicanas de residencia urbana, con un nivel de educación superior y distintos niveles socioeconómicos. Señala la existencia de identificaciones más que una identidad monolítica en torno a la decisión de permanecer sin hijos y una serie de estrategias para manejar la presión social. Aunque las mujeres entrevistadas mencionaron una falta de vocación materna, asimismo fue señalada la presencia de un “reloj biológico” que marcaba determinadas etapas con impulsos maternos. A decir de la autora, resulta paradójico que las mujeres entrevistadas refuercen la norma al sugerir un rechazo a la maternidad a menos que las condiciones permitan una dedicación completa para la crianza, lo que mantiene el discurso de que los hijos son en mayor medida obligación, responsabilidad y compromiso para las mujeres. “Optar por la no maternidad pudiera irónicamente reforzar la tradición (en tanto formación social de largo aliento y alcance) de que la crianza es un asunto femenino y que es incompatible con el desarrollo profesional de la mujer” (Ramírez, 2013, 129).

Ni madre, ni esposa. Mujeres indígenas de Amatenango del Valle, Chiapas, México, realizada por Linares, Nazar y Zapata, explora la no maternidad en mujeres de ámbitos rurales e indígenas, pues se registran “altas proporciones de mujeres adultas sin hijos/as bajo condiciones desfavorables, relacionadas con bajos índices escolares y escasa actividad laboral, perteneciendo muchas de ellas a entidades con altas proporciones de población rural e indígena” (Linares *et al.*, 2019, 4). A partir de entrevistas semiestructuradas aplicadas a 24 mujeres indígenas de Amatenango del Valle, Chiapas, se analizó las condiciones y motivaciones para, de manera voluntaria o circunstancial, permanecer sin hijos a lo largo de su vida reproductiva. Entre los resultados se destaca lo poco atractivo del matrimonio pues

tener un esposo significa una sobrecarga de trabajo, menor libertad para salir y el riesgo latente de ser violentadas o abandonadas; su negativa a la conyugalidad las lleva a rechazar la maternidad, por tanto, la no reproducción se conjuga con permanecer soltera. Asimismo, se suma a las motivaciones la responsabilidad con la familia de origen y el plan de quedarse a vivir con sus madres y padres (Linares *et al.*, 2019).

Yunuen Mandujano en su estudio *Exploring the Construction of Adulthood and Gender Identity Among Single Childfree People in Mexico and Japan* (2019) analiza las formas que emplean las personas que no cumplen con los roles de género tradicionales relacionados con el matrimonio, la maternidad y la paternidad, para dar sentido a sí mismos y construir sus identidades en medio de la presión social para ser considerados adultos completos. Sus informantes fueron 24 mujeres y hombres de clase media residentes de áreas urbanas en México y Japón. Entre los hallazgos señala que las informantes mexicanas y japonesas parecen tener más dificultades para construir de manera consistente sus identidades pues en sus sociedades persiste la idea de que es natural que una mujer madura exprese la necesidad y deseo de ser madre, no tener un hijo significa no sólo infelicidad e insatisfacción como mujer sino también egoísmo e inmadurez. En el caso de los hombres mexicanos, la creciente presión fue debido al cuestionamiento de su orientación sexual, y para los hombres japoneses el cuestionamiento fue a su madurez y sentido de responsabilidad. Apunta que es relevante analizar cómo se negocian las identidades adultas y de género y cómo los discursos dominantes afectan, psicológicamente y socialmente a los sujetos.

La elección de no reproducirse lleva a considerar no sólo un particular proyecto de vida, sino una dinámica afectiva y sexual particular donde las opciones anticonceptivas cobran especial importancia. Si bien, los anticonceptivos orales permitieron separar la reproducción de la sexualidad y otorgaron libertad a las mujeres al alejarlas de un embarazo no deseado y poder planificar su descendencia, las posibles implicaciones de su uso por periodos prolongados llevó a que algunas

mujeres y hombres consideraran la elección de un método anticonceptivo permanente. Por tanto, en el siguiente capítulo revisaré el acceso a la esterilización voluntaria, opción planteada por algunas mujeres y hombres sin descendencia por elección, como una necesidad de salud y derecho sobre el propio cuerpo para anular su capacidad reproductiva.

CAPÍTULO III

LA ESTERILIZACIÓN HUMANA EN PERSPECTIVA

A pesar de que la anticoncepción es una práctica común y estandarizada en casi todo el mundo, su utilización ha provocado diversos debates. Desde el pensamiento religioso la anticoncepción representa una violación al sistema reproductivo; en el ámbito legal, existen discusiones sobre el uso y prohibición de los anticonceptivos, como aquellos que plantean la restricción a determinados segmentos de la población: adolescentes, personas con alguna discapacidad o padecimiento psiquiátrico, entre otros grupos en situación de vulnerabilidad; a nivel social, el interés se enfoca en cuestiones como la libertad personal y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, pero también, al control de la dinámica poblacional.

Al respecto, uno de los antecedentes más conocidos para limitar la procreación humana es el pensamiento de Thomas Malthus quien a mediados del siglo XVIII expresó su preocupación señalando que el tamaño de la población crecería exponencialmente, en tanto que la cantidad de alimento lo haría aritméticamente, siendo el Estado el responsable de tomar las medidas necesarias para frenar el aumento poblacional. Una medida sería retirar el apoyo a los pobres para que solos hicieran frente a las vicisitudes de las enfermedades, epidemias, plagas, hambruna y guerras; otra sería intervenir las leyes naturales para mantener el equilibrio entre la comunidad humana y la producción de alimentos (Kaplan y Tong, 1996).

Durante los años sesenta y setenta, una variedad de pensadores se pronunció enfáticamente en contra de la procreación sin restricciones, un ejemplo es Edgar Chasteen, quien en 1972 publicara su libro *The case for compulsory birth control*, en el que expresó que la sobrepoblación es la principal causa de la escasez de alimentos, crimen, contaminación, saturación de las ciudades, altos impuestos, entre otras problemáticas. Chasteen, fue miembro de la junta nacional de *Zero Population Growth* y miembro de la junta de *Planned Parenthood of Greater Kansas City* (Kaplan y Tong, 1996).

Aun cuando muchos coincidían en que la sobrepoblación representaba un problema serio, forzar a las personas a no procrear no era la forma idónea para solucionarlo, ya que todos los individuos tenían derecho a reproducirse. El camino para resolver el problema de la sobrepoblación era considerar que la gente es capaz de tomar decisiones racionales sobre el número de hijos/as que puede mantener, por lo que habría que proporcionarles los servicios médicos, educativos y sociales necesarios para procrear el número de hijos/as que determinarían. En contra parte, los que estaban a favor de la contracepción involuntaria expresaban que siempre habría personas que traerían al mundo más hijos/as pues se rehúsan a utilizar anticonceptivos por motivos religiosos, culturales o porque les resultan molestos (Kaplan y Tong, 1996).

Otro antecedente a favor de la contracepción involuntaria, es el planteado por los eticistas Thomas Mappes y Jane Zembaty, quienes preocupados por la supervivencia humana y la justicia distributiva, sugieren una serie de pasos que van de menor a mayor coerción para que las personas conciban un menor número de hijos/as: motivar a las mujeres a buscar empleo fuera del hogar al cumplir la mayoría de edad; otorgar incentivos positivos o recompensas financieras para aquellos que practiquen la anticoncepción y no tengan descendencia; aplicar multas para quienes tengan un determinado número de hijos/as; el control involuntario de la fertilidad mediante la práctica del aborto y la esterilización, según sea el caso, en aquellos individuos que rebasen el número de hijos/as establecido (Kaplan y Tong, 1996).

El reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos por parte de organismos internacionales comienza en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán en 1968, donde se establece el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de hijos. En 1978, la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Alma Ata define a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social, marco que incluye a la salud reproductiva. En 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo, el concepto de salud reproductiva se

reconoce como “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (ONU, 1994, 37). Asimismo, se establece que la atención a la salud reproductiva es el “conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (ONU, 1994, 37), esto último es muy relevante pues enfatiza que la salud sexual no se limita a la reproducción.

Así pues, los derechos sexuales y reproductivos implican el reconocimiento de la autonomía, el derecho de autodeterminación corporal y la posibilidad de tomar decisiones desde el ejercicio de las libertades individuales. Lo anterior, conduce a reflexionar sobre la ética que subyace en el control y regulación de la fertilidad, por lo que deberá garantizarse que en el uso y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos se respete la elección libre e individual conforme al proyecto de vida de cada persona, aspectos que bien pueden ser enriquecidos desde la perspectiva de la bioética.

La ética de la anticoncepción y esterilización voluntaria

El progreso científico y el desarrollo de la tecnología anticonceptiva permitió separar eficazmente el ejercicio de la sexualidad de la reproducción, ofreciendo una gama de métodos con características distintas: aquellos que intervienen en los procesos endocrinos que regulan la ovulación, los que alteran la composición de las secreciones del tracto genital, los que funcionan a través de sustancias exógenas como los anticonceptivos hormonales, o los son aplicados por los prestadores de servicios médicos, como es el caso de los dispositivos intrauterinos, los implantes y la esterilización quirúrgica. Aunque dichas características podrían ser neutras desde un punto de vista ético, esto puede complejizarse al reflexionar sobre el control de

la reproducción humana como objeto de la medicina institucional. Ante esto, la perspectiva bioética permite cuestionar el ejercicio médico paternalista en el contexto de la reproducción y la anticoncepción para sumar la reivindicación de aspectos como la autonomía del individuo en las decisiones sexuales y reproductivas.

Como disciplina, la bioética es reciente en los círculos académicos. Si bien el término se utilizó por primera vez en 1927 por el filósofo y educador alemán Fritz Jahr en su texto *Bio-ética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas*, como cuerpo teórico tiene su origen en los años setenta con el libro de Van Rensselaer Potter *Bioethics: A Bridge to the Future*, en el que se define como la “ciencia de la supervivencia”, pues la concibe como un puente entre la cultura científica y la humanística para hacer frente a la crisis ambiental que pone en riesgo la existencia de ecosistemas enteros y especies, incluida la humana.

Aunque la bioética mostró en sus inicios ser una disciplina ambientalista, en la década de los noventa comenzó a ser empleada como un sinónimo de ética médica. Fueron tres hechos importantes a nivel mundial los que tuvieron eco en México y permitieron la llegada de la bioética; el primero fue el surgimiento de una conciencia democrática de algunos grupos sociales sobre los derechos humanos, en particular, el derecho a la salud, a un trato digno en la atención y a cuidados médicos adecuados, a decidir de manera informada sobre el propio cuerpo y la posibilidad de pensar en el comienzo y el final de la vida debido a las nuevas tecnologías reproductivas y la biociencia; el segundo, se dio con los descubrimientos científicos como el desciframiento del genoma humano y la clonación en animales, hechos que impactaron a la opinión pública; y el tercero fue la toma de conciencia de filósofos, humanistas, médicos y científicos sobre su responsabilidad en el análisis de interrogantes derivadas del conocimiento científico y la necesidad de orientar a la sociedad, pues se requería generar un diálogo entre los avances científicos y las humanidades desde la ética (Sagols, 2010).

El campo de la bioética muestra que la “medicina y la filosofía no se excluyen mutuamente; al contrario, los aspectos relacionados con el nacimiento, la vida, el sufrimiento, el dolor, la felicidad, la muerte y en general las situaciones vinculadas a la existencia humana son abordados por los distintos métodos con que cuentan la filosofía, la ética, la medicina” (Benavides, 2017, 570). Por ello, la bioética admite una pluralidad analítica para aproximarse a los dilemas suscitados en la atención médica y las controversias del avance científico y tecnológico en las ciencias de la vida, dilemas que surgen cuando se pone en pugna la libertad individual y la responsabilidad social.

Dentro de los diferentes marcos de análisis en bioética, una de las propuestas más utilizadas es la desarrollada por los filósofos Beauchamp y Childress en 1979, basada en cuatro principios: beneficencia, como presupuesto central de todo acto médico, refiere a la obligación moral de actuar objetivamente para hacer el bien y cuidar los intereses de los demás; la no maleficencia, fundamento de la ética médica que implica evitar o reducir al mínimo los riesgos y daños a los derechos básicos de los individuos; la autonomía, como la capacidad de autodeterminación ante el acto biomédico y el consentimiento voluntario a los procedimientos médicos, terapéuticos y de investigación; y la justicia, según la cual todos los recursos, derechos y obligaciones deben ser imparcialmente distribuidos (Beauchamp y Childress, 1999). A pesar de que dicha propuesta ha sido cuestionada, continúa siendo uno de los principales referentes en la bioética.

Las críticas al principialismo consideran que es una teoría insuficiente para analizar las implicaciones de la atención en salud y las investigaciones biomédicas pues intenta ser una teoría moral universal, dejando de lado que las experiencias morales de los seres humanos son tan diversas como para ser entendidas a partir de cuatro principios. Otra crítica es que, al ser una propuesta concebida en un contexto norteamericano, la aplicación de los principios no considera las características socioculturales y políticas de países con problemas de injusticia y violaciones a los derechos fundamentales.

Como respuesta, surge la bioética latinoamericana que desde sus comienzos mostró “una búsqueda de base en la antropología filosófica, centrada en la nueva capacidad de alterar el cuerpo y de crear una moralidad alternativa (...) la bioética es ahora un movimiento político o de reforma social más que una disciplina académica restringida al dominio de los cuidados médicos” (García Alarcón, 2012, 46). Los bioeticistas latinoamericanos no sólo apostaron a cuatro principios, sino que toman como referencia los catorce contenidos en la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, así como el desarrollo de temas como la responsabilidad, la solidaridad y la dignidad humana.

Asimismo, es importante mencionar que en esta investigación se privilegia una bioética laica, desarrollada con base en conocimientos de las ciencias biológicas, filosóficas y sociales, plural y de carácter controvertible que encuentra “en la naturaleza humana el fundamento de la ética, sólo que en una naturaleza *no esencialista*, sino histórica, ética, abierta a su propio devenir, constitutivamente libre, y en una libertad que, a su vez, se reconoce dialécticamente conjugada con la *necesidad* y la *responsabilidad*” (González, 2008, 41), marco que resulta más enriquecedor e inclusivo para el análisis de la salud sexual, pues se desvincula de cualquier creencia o referencia religiosa o confesional.

El inicio de la vida y aquello que toca a la reproducción siempre ha sido de interés para la bioética, pues la interrupción del embarazo y las técnicas de reproducción humana asistida admiten múltiples controversias de carácter moral y ético. Pero también, se ha interesado en problemáticas como la mortalidad materna, la violencia obstétrica y la esterilización forzada, hechos que revelan una deficiente comunicación médico-paciente donde el principio de respeto se ve quebrantado al igual que las condiciones necesarias para garantizar el ejercicio de la autonomía y el respecto a la integridad humana.

La autonomía es un concepto recurrente en bioética pues remite a la condición fundamental que tiene todo sujeto a elegir y realizar acciones de acuerdo con sus

valores y creencias, esto es, a deliberar racionalmente sobre asuntos que tienen implicación directa con su vida, sin coacción alguna. Es importante decir que la autonomía puede verse disminuida por diversos factores como el lenguaje, la cultura, las condiciones socioeconómica y también por una actitud paternalista por parte de los prestadores de servicios médicos, pues desde una posición de autoridad, basada en el conocimiento médico y científico, actúa el principio de beneficencia que en ocasiones puede vulnerar la autonomía de la persona, y es que dicho conocimiento no siempre es insumo para el diálogo y la toma de decisiones, sino que impone una ideología y una moral, dejando de lado el respeto a la diversidad de pensamiento. En este contexto la utilización de determinados anticonceptivos es rechazada, limitada o impuesta a ciertos grupos por parte del personal de salud, tal es el caso de la resistencia a la provisión de anticonceptivos para adolescentes, incluyendo la pastilla de emergencia, el rechazo a la interrupción del embarazo, la negativa a una solicitud de esterilización voluntaria en determinados grupos, como el que interesa a este análisis.

Como expresa Tuirán (1988) cuando la sociedad autoriza a través de sus instituciones a personas especializadas a utilizar sus conocimientos y habilidades para afectar su nivel de fecundidad, les confiere el poder de convertir en normas, los juicios asociados a su quehacer profesional, definiendo las formas aceptables de conducir una vida sexual y procreativa. En esa relación de poder, en la que los juicios y el conocimiento del profesional médico se convierten en reglas establecidas que otorgan autoridad absoluta, la importancia de la perspectiva ética es fundamental pues permite:

tomar distancia de diferentes normatividades morales, que de manera explícita o implícita influyen sobre dinanismos importantes de los seres humanos, como es el caso de la reproducción. La reflexión ética permite identificar los supuestos valorativos detrás de dichas normatividades, las personas, instituciones y actores sociales que han incidido sobre su definición, los cambios que se han presentado a lo largo del tiempo en

diferentes contextos sociales específicos, las personas que no han sido tomadas en cuenta de manera directa o indirecta, para definir tales normatividades, y los procesos de negociación social que han llevado a la transformación de dichas normas morales, pero también al mantenimiento y reproducción de otras (Figueroa, 2001, 5).

Analizar los aspectos bioéticos de la anticoncepción permite cuestionar si el descenso de la fecundidad y la utilización de métodos anticonceptivos es sólo una forma de control de los procesos biológicos, o bien, refleja un mayor conocimiento del cuerpo, una apropiación y reinterpretación de sus funciones, en particular, de su capacidad reproductiva. Esto es relevante ya que históricamente los cuerpos de las mujeres han sido cooptados por distintos saberes, mirados como medios de producción, sometidos a la iglesia, la familia, el Estado y a la institución médica, como el Colectivo de Mujeres de Boston plantearía en su libro clásico *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, en el cual diferentes mujeres exponen problemáticas comunes derivadas de un enfoque médico paternalista al abordar la salud y la sexualidad femenina.

Sería Foucault quien también destacaría el control del cuerpo y sus procesos biológicos como una de las formas en las que se finca el poder sobre la vida desde mediados del siglo XVIII, la biopolítica a través de intervenciones y controles reguladores de las corporalidades, donde la reproducción sale del ámbito privado, siendo el Estado el gestor principal del potencial reproductivo de la población (Foucault, 1998). Al respecto, olvidando todo concepto de ética y de integridad científica, en algunos países han desarrollado programas de distribución de anticonceptivos o de prueba de los mismos en poblaciones vulnerables basados en consideraciones económicas, políticas y demográficas, sin considerar las necesidades de las mujeres y los hombres con respecto a su salud y su proyecto de vida, mucho menos el respeto al sujeto, su integridad, dignidad y corporalidad, como en el caso de la esterilización forzada.

De manera general, la esterilización se refiere a la intervención quirúrgica realizada a un hombre o a una mujer que fisiológicamente le impide concebir. Es importante precisar que la anticoncepción puede ser el principal objetivo de la operación o un efecto secundario, ya que puede efectuarse por una decisión individual o por indicaciones médicas, derivadas de propósitos de carácter punitivo, terapéutico, contraceptivo o para el control demográfico, como se ha documentado en el caso de la esterilización involuntaria o forzada, la cual consiste en la imposición de dicho método anticonceptivo definitivo, sin considerar o ignorando la voluntad de la persona.

En países de América Latina continúan presentándose casos de esterilización forzada dirigidos de manera particular a mujeres indígenas, de escasos recursos, con alguna discapacidad, o con VIH/Sida. En México este hecho “ha sido denunciado por organizaciones de la sociedad civil durante décadas, con especial énfasis durante el sexenio de Ernesto Zedillo; no obstante, no fue hasta finales de 2001 cuando el asunto escaló en la opinión pública y captó la atención nacional e internacional” (López, 2017, párr. 2).

La esterilización involuntaria ocurre a través de técnicas coercitivas por parte de los prestadores de servicios médicos, quienes amenazan con la suspensión del apoyo que otorgan programas sociales destinados a la educación, la salud y la alimentación; también se lleva a cabo en el momento del parto, cuando las mujeres son sometidas a la ligadura de trompas sin su consentimiento, por lo que puede ser considerada como una práctica de violencia obstétrica. Es importante señalar que la esterilización forzada también ocurre en hombres, “uno de los casos mejor documentados sucedió en el municipio de Ayutla de los Libres, Guerrero, el 16 y 17 de abril de 1998 (...) 14 hombres indígenas fueron sometidos a una esterilización forzada (...) Según la investigación de la CNDH cuatro brigadas de la Secretaría de Salud de Guerrero charlaron brevemente con los indígenas, intentando convencerlos de someterse a una vasectomía.” (López, 2017, párr. 6).

Ante esta problemática, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas se pronunció indicando que la esterilización forzada infringe el artículo séptimo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, al cual México se adhirió en 1981, donde se expresa que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, además de que nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1976). Asimismo, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura, manifestó en 2013 que la práctica de la esterilización forzada viola la prohibición absoluta de la tortura, precisando que cuando es ejercida como un acto sistemático o generalizado contra una población civil, constituye un delito de lesa humanidad (GIRE, 2015).

De acuerdo con el reporte del Grupo de Información de Reproducción Elegida (GIRE) presentado en 2015, en Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chihuahua, Colima, Guanajuato, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas no existe legislación para perseguir la práctica de la esterilización involuntaria (GIRE, 2015). No obstante, la esterilización masiva con el fin de impedir la reproducción de un grupo nacional o de carácter étnico o religioso, está tipificado como delito en el Código Penal Federal, capítulo dos, dedicado al genocidio, artículo 149 Bis, donde se estipula se impondrán de veinte a cuarenta años de prisión y multa de quince mil a veinte mil pesos.

Si bien las autoridades sanitarias niegan que la esterilización involuntaria sea una práctica generalizada, la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió tres recomendaciones en menos de dos meses entre diciembre de 2016 y febrero de 2017 (López, 2017). En 2018 recibió el reporte de una mujer a la que personal del Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco presionó y condicionó la atención médica para que aceptara la realización de una OTB, caso que fue atraído por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (Balderas, 2018).

Otro hecho lamentable que refleja estereotipos y prejuicios de género ocurrió en 2019 dentro del ámbito legislativo en Quintana Roo, cuando una diputada independiente promovió ante el Congreso una iniciativa de decreto para reformar la ley estatal de salud y el código penal del estado para esterilizar a las mujeres que decidieran abortar por segunda ocasión. En el supuesto de una circunstancia económica grave o justificada, la mujer que solicitara por segunda ocasión la interrupción del embarazo “no punible”, estaría obligada a firmar una carta de consentimiento informado para que se le practicara un método anticonceptivo definitivo. Las críticas no se hicieron esperar y fue rechazada por ser una medida punitiva y discriminatoria (Varillas, 2019). La información anterior pone de manifiesto que la esterilización forzada en nuestro país es un asunto que continúa vigente a pesar de ser reconocida como un delito federal y como una violación de los derechos humanos, pues atenta contra el derecho a la salud, la igualdad y la no discriminación, todos reconocidos en la Constitución mexicana.

Por otro lado, en cuanto a decisiones en salud se refiere, y en particular sobre aquello que implica a la sexualidad y la reproducción, es importante considerar que “tener soberanía sobre el propio cuerpo, no siempre viene acompañado de todo el conocimiento necesario para la toma de decisión” (Mocellín, 2013, 17), por lo que es fundamental que el equipo médico brinde la mayor información posible sobre los beneficios y consecuencias de su práctica en el marco de una medicina participativa y bajo los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, que enriquezca las decisiones sobre las preferencias reproductivas, cualesquiera que éstas sean, pues las personas que solicitan anticoncepción presentan diferentes características sociales, económicas, físicas, identidades de género, preferencias sexuales y proyectos de vida.

En el caso de la práctica de la esterilización voluntaria un problema bioético importante es el cambio de decisión de las personas debido a la irreversibilidad del método, sobre todo en el caso de personas jóvenes sin hijos/as, como interesa a esta investigación, pues los seres humanos estamos en constante transformación

de nuestra visión del mundo, somos seres históricos, constantemente proyectivos y dinámicos en cuanto a propósitos, deseos y aspiraciones. De tal suerte que, podría generarse “una pugna entre la actuación médica con la realidad social y los intereses de los adultos: personas totalmente autónomas, con derecho a decidir y elegir qué tipo de vida familiar quieren formar según los recursos con los que cuentan” (Fernandes y Pizzi, 2016, 197).

La práctica de la esterilización está regulada en el país por la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, así como la Ley General de Salud e inclusive reglamentos para la prestación de servicios de algunas instituciones como el IMSS. En ellos se establece que debe brindarse información al usuario/a sobre las características del método y enfatizar que es irreversible, por lo que debe obtenerse el consentimiento expreso de la persona por escrito. No obstante, en México “han surgido inquietudes acerca de la relación entre prestadores de servicios de planificación familiar y la población usuaria de los mismos, ya que existe la posibilidad de manipular los procesos de decisión con el fin de enfatizar exageradamente la búsqueda de las metas demográficas e imponer ciertos métodos” (Centro Legal para Derechos Reproductivos, 1997, 12)

Por tanto, la moralidad del médico/a no debe ser una condicionante para prestar servicios de salud, pues al imponerse al sujeto éste puede ver menoscabada su autonomía. Si el prestador de servicios médicos se encuentra ante una solicitud de esterilización voluntaria solicitada por una persona sin hijos/as, y debido a su marco de valores y creencias desea rechazarla, es posible ejercer la objeción de conciencia, esto es, la negativa a efectuar procedimientos, acciones o servicios invocando motivos éticos o religiosos. De ser así, lo aceptable es remitir a la persona a otro profesional antes que negar o limitar la información o el acceso a los servicios, pues esto vulneraría su derecho a la salud³, en particular, sus derechos sexuales

³ La utilización del recurso de objeción de conciencia se ha presentado en situaciones como la interrupción del embarazo. Sin embargo, el Estado debe garantizar el procedimiento para proteger la salud de las mujeres y el derecho de acceder a un aborto legal en aquellas entidades federativas en las que se cuenta con una legislación que lo permite, o bien, ante un hecho de violencia sexual conforme a la normatividad aplicable.

como el derecho a recibir información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad, el derecho a decidir de forma libre y autónoma sobre el propio cuerpo y la sexualidad, y el derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

Hay que señalar que dentro de la relación médico-paciente, el procedimiento de la esterilización voluntaria es una de las muchas posibilidades anticonceptivas que deben ofrecerse a quien desea limitar su fecundidad, por ello el punto más relevante siempre será brindar asesoría para tomar una decisión plenamente informada y atender la solicitud de la persona, pues la planificación familiar como derecho, implica obligaciones de protección y realización. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud describe que la asesoría a las mujeres interesadas –y también a los hombres– busca evitar posteriormente el cambio de decisión, situación que refieren:

parece más común entre las mujeres que presentan características o situaciones como las siguientes: jóvenes, con pocos hijos o sin ellos, inestabilidad marital, pareja que no aprueba la decisión, incertidumbre de si se desean más hijos. Estos signos son útiles para identificar a las mujeres que pueden necesitar asesoramiento especial pero no deben utilizarse arbitrariamente para negar la intervención a una mujer que haya adoptado una decisión voluntaria, previa la debida información (OMS, 1994, 5)

Esto es relevante pues conforme a los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de contraceptivo de la Organización Mundial de la Salud (2015), la nuliparidad no es catalogada como contraindicación para la esterilización. Por tanto, es fundamental garantizar servicios de asesoría que brinden una explicación clara de los beneficios y los riesgos, donde se reduzcan los temores y mitos sobre los métodos anticonceptivos quirúrgicos. Asimismo, se debe incluir en las escuelas y en las instituciones de salud, información sobre el marco legal de la esterilización

para orientar al equipo médico y proveer elementos que les permitan deliberar ante un posible dilema bioético.

Los elementos bioéticos que rodean a la anticoncepción parten del derecho a decidir y acceder a los beneficios de progreso científico, lo que impone obligaciones a los profesionales de la salud para guiarse conforme a estándares derivados de la evidencia científica actual en cuanto a los métodos usados, lo que se conoce como medicina basada en la evidencia, para la entrega oportuna de los diferentes anticonceptivos y la realización de procedimientos médicos más seguros. El debate sobre la bioética en regulación de la fertilidad no tendría que centrarse en la tecnología anticonceptiva, sino en la calidad de la información y los servicios que se ofrecen, para lo cual deben promoverse directrices que regulen la práctica médica de la esterilización voluntaria, tanto femenina como masculina, basadas en el respeto a la autodeterminación corporal, a los derechos sexuales y a la igualdad de acceso a la salud para hombres y mujeres (Díaz, 2004).

En capítulos anteriores he mencionado la importancia de la oferta y accesibilidad de la población, en particular de las mujeres, a los métodos anticonceptivos como medida para controlar la reproducción, siendo esto una consecuencia directa de la disminución de la fecundidad. En seguida revisaré aspectos relacionados al uso de métodos anticonceptivos en México, poniendo especial énfasis en la anticoncepción quirúrgica voluntaria o esterilización.

Control de la reproducción humana

Utilización de métodos anticonceptivos en México

La anticoncepción en México ha tenido un papel relevante en la aplicación de la política de población establecida a partir de la modificación de la Ley General de Población en 1974, ya que buscó ampliar las oportunidades y brindar elementos para que las personas pudieran ejercer de manera libre e informada el derecho a

decidir sobre aspectos significativos de su vida, como cuántos hijos/as tener y cuándo tenerlos/as, siendo el acceso a la anticoncepción gratuita un hecho que coadyuvó en gran medida a la conformación de familias más pequeñas en nuestro país. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para evitar embarazos no deseados, ya que el aumento en la prevalencia del uso de anticonceptivos no implica una mayor autonomía en el ejercicio de la sexualidad, siendo un elemento importante la elección informada de un método anticonceptivo de acuerdo con la preferencia de los/as usuarios/as, de ahí que, a pesar de que exista una amplia difusión sobre los diferentes métodos, hay una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, esto es la “proporción de mujeres expuestas a un embarazo y que no hace uso de algún método anticonceptivo, no obstante, su deseo expreso de limitar o espaciar sus nacimientos” (CONAPO, 2016, 198).

En América Latina, se ha estimado que un 11% de las mujeres tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción (Bradley y Casterline, 2014). Es relevante apuntar que las proporciones son mayores en las jóvenes solteras, lo que podría indicar que los servicios de planificación familiar no están sensibilizados para atender las peticiones en materia de salud sexual y reproductiva que realizan las mujeres solteras y sexualmente activas, grupo que ha mostrado un cambio importante en sus preferencias reproductivas, como pueden ser, aquellas que solicitan una esterilización voluntaria ya que han decidido no tener hijos/as. Antes de entrar a dicho tema, expondré algunos datos para conocer sobre el comportamiento estadístico en la utilización de anticonceptivos en México.

De acuerdo con el análisis comparativo que publica el Consejo Nacional de Población, con base en los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2009 y 2014, se señala que el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas⁴ (MEFSA) usuarias de métodos anticonceptivos de “20 a 24 años y de 35 a 39 años, muestra una disminución de la prevalencia en 2.6 puntos porcentuales, dejando a las mujeres más jóvenes en 2014, muy por debajo

⁴ Donde se incluyen las mujeres unidas, ex-unidas, y solteras.

de la prevalencia estimada a nivel nacional (67.7% en 20 a 24 años y 75.6% a nivel nacional) mientras que las mujeres de 35 a 39 años, se mantienen junto con el grupo de 40 a 44 años como los grupos con mayor prevalencia anticonceptiva, con 83.0 y 83.1%, respectivamente” (CONAPO, 2016, 137).

Al indagar cuáles son los métodos anticonceptivos modernos⁵ que utilizan las MEFSA, se tiene que en 2009 y 2014, más de la mitad de la prevalencia anticonceptiva de dichas mujeres se basó en tres métodos: el primero es la oclusión tubaria bilateral (OTB), que en 2009 reportó una utilización del 34.9% y para 2014 bajó a 33.6%; el segundo método es el dispositivo intrauterino (DIU), con porcentajes de usuarias de 12.2 y de 12.6 en esos mismos años; y el tercero es el condón masculino, usado por 10.2% de las MEFSA en 2009 y 11.4% para 2014 (CONAPO, 2016). Debe indicarse que “la prevalencia anticonceptiva de las MEFSA se encuentra determinada, sobre todo, por el uso de la OTB, ya que se observa que conforme aumenta la edad posiblemente alcanzan la paridad deseada, por lo que buscan utilizar un método anticonceptivo que les permita limitar su descendencia; en dicha prevalencia o uso de este método se acumulan las mujeres que lo van adoptando puesto que es irreversible y mientras se encuentren en edad reproductiva se reconocerán como usuarias actuales del método” (CONAPO, 2016, 171).

Lo anterior es coincidente con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2018, donde se señala que en mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias de métodos anticonceptivos, el más utilizado es la OTB con un 48.5%, seguido de los métodos no hormonales con 29.3%; los métodos hormonales en un 15.6%, y se hace referencia a la vasectomía como el método de menor frecuencia con un 2.7% (INEGI, 2019).

⁵ Aquellos cuya acción es mecánica, se basa en alguna sustancia, o requieren de intervenciones quirúrgicas, como la oclusión tubaria bilateral (OTB), vasectomía, pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche anticonceptivo, Dispositivo intrauterino (DIU), condón masculino, condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas y la pastilla de emergencia.

Dentro del acceso a los anticonceptivos es importante conocer quiénes son los proveedores ya que, con base en el mandato del artículo cuarto constitucional, deberá ser el Estado quien cumpla de manera obligatoria con brindar asesoría sobre los métodos anticonceptivos para garantizar la elección libre e informada de hombres y mujeres, así como abastecer a todo el sector salud.⁶ Es así que las mujeres acuden principalmente a las instituciones de salud del sector público para que les proporcionen métodos anticonceptivos definitivos y de larga duración, esto es: la OTB, colocación del DIU y del implante subdérmico, y aplicación de inyecciones anticonceptivas. Por otra parte, las instituciones de salud del sector privado proveen métodos como el parche y las pastillas anticonceptivas y los condones, tanto masculino como femenino (CONAPO, 2016).

Debe subrayarse que las estadísticas en materia de sexualidad y reproducción, no ofrecen una panorámica clara del porcentaje de mujeres y hombres que no desean tener hijos y mucho menos del uso de anticonceptivos en dicho grupo, privilegiando el análisis de datos que remiten a la dinámica reproductiva. Tal ausencia de información, incita a explorar mayormente la preferencia reproductiva y la elección de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres que desean anular su capacidad procreativa, así como la relación médico-paciente en la que se inscribe dicha solicitud.

Aunque desde los años setenta, cuando se impulsaron los primeros programas de planificación familiar en México, se empezó a promover de forma masiva el uso de anticonceptivos y la participación de los hombres corresponsablemente en el control de la fecundidad –un ejemplo es el Programa de Paternidad Responsable en 1973–, las mujeres han sido los sujetos privilegiados de la información y servicios de anticoncepción. Por ello, las políticas de planificación familiar conllevan los siguientes problemas: “el control de la fecundidad ha recaído en las mujeres, aun

⁶ Al respecto, es importante destacar que el acceso a los anticonceptivos es un obstáculo con el que aun se enfrentan los jóvenes en nuestro país, ya que no todos/as cuentan con afiliación a alguna institución de salud pública, lo que conlleva un gasto para la protección y prevención de embarazos no deseados, situación que en el caso de los adolescentes, es un problema a nivel nacional.

cuando las actividades sexuales y reproductivas impliquen por igual a los varones; pero además no hay plena garantía de que fluya la información y se respete la demanda, preferencia y decisión de las mujeres sobre el tipo de método que desean utilizar y el momento de elegirlo” (Espinosa y Paz, 2004, 137-136).

Sobre lo anterior, llama la atención que en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica se explore a través de las mujeres la utilización de anticonceptivos en sus parejas masculinas, lo cual nos remite al sesgo que existe en la información estadística y la responsabilidad que se le otorga a la mujer en cuanto a la protección de la salud sexual y reproductiva. Es así que a nivel nacional el porcentaje que reportó no haber usado métodos anticonceptivos porque su pareja se realizó la vasectomía, o bien, él utiliza condón o métodos tradicionales, fue de 17.8% en 2009 y de 18.0% en 2014; es decir, una de cada seis mujeres, aproximadamente, cuenta con la participación activa del varón en la planeación o prevención de embarazos o de infecciones de transmisión sexual. De manera interesante se reportó “que las mujeres solteras son las que más cuentan con la participación de los hombres en el uso de métodos anticonceptivos, pues en 2009 y 2014 el porcentaje pasó de 39.4 a 41.7” (CONAPO, 2016, 146).

Estadísticas del INEGI reportan que en 2018 en establecimientos particulares de salud se realizaron a nivel nacional un total de 1989 vasectomías, en contraste con las 26,852 salpingoclasias (INEGI, 2018a). A pesar de que la vasectomía es una cirugía efectiva, segura y rápida que se realiza durante todo el año en establecimientos públicos de salud, los porcentajes continúan siendo bajos. Para involucrar más a la población masculina durante los últimos años se han desarrollado campañas masivas que promueven la práctica de la vasectomía, como la Mega Jornada de Salud celebrada en 2017 en el Monumento a la Revolución con motivo del Día Mundial de la Vasectomía, donde con apoyo de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México se realizaron vasectomías en unidades móviles teniendo como objetivo más de 100 intervenciones (Pérez, 2017), y la jornada de vasectomías sin bisturí gratuitas para derechohabientes y población en

general impulsada por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el mes de junio de 2019, con motivo del día del padre.

Como la revisión anterior ha dejado ver, el uso de anticonceptivos refleja profundas desigualdades de género, pues las mujeres enfrentan diferentes obstáculos en las decisiones sexuales y reproductivas, como la utilización de métodos contraceptivos no siempre realizada en un contexto de libre decisión, la limitada orientación por parte de las instituciones médicas y los programas de planificación familiar que responsabilizan a las mujeres de todo lo relacionado con la reproducción. Por su parte, los hombres participan escasamente o son invisibilizados en las decisiones sexuales y reproductivas, tienen un débil compromiso en periodos como el embarazo, el parto y la crianza de los hijos/as en general, además de que existe muy poco interés en el desarrollo de la tecnología anticonceptiva masculina.

En el siguiente apartado se revisarán los aspectos fisiológicos de dos métodos de esterilización, la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía, y se presentarán algunos estudios teóricos sobre ambos, en los que se han considerado los aspectos psicológicos, culturales e institucionales.

Esterilización: oclusión tubaria bilateral (OTB) y vasectomía

La esterilización ha sido estudiada desde diferentes enfoques, desde el ámbito médico se han investigado los diferentes procedimientos para realizarla, su seguridad y efectividad; desde las ciencias sociales se han examinado los factores determinantes y las consecuencias de la decisión de esterilizarse, el conocimiento y la actitud previa a la cirugía, las restricciones culturales y dentro de los sistemas de salud, así como los aspectos éticos y legales de la esterilización, en los que se indagan sus beneficios y su promoción en contextos culturales y socioeconómicos en los que no es posible acceder a otros métodos contraceptivos.

Como procedimiento quirúrgico definitivo, la práctica de la esterilización se encuentra restringida a normas institucionales —las cuales no siempre están establecidas legalmente, como la edad y el número de descendientes—, o debido a la concepción y valores culturales del equipo médico. Como ejemplo de lo anterior, el siguiente fragmento fue extraído de un texto de corte confesional sobre bioética y anticoncepción:

La esterilización se ha ido difundiendo como un “método” contraceptivo a nivel internacional. Sus implicaciones éticas son permanentes por lo general: la unión conyugal queda corrompida, con frecuencia de manera irreversible, al eliminar su significado procreador. Tanto la esterilización masculina como la femenina son gravemente ilícitas cuando los órganos reproductores están sanos, pues se mutila de modo indebido a un ser humano en sus funciones reproductoras. La única razón por la cual se haría ilícita una esterilización, sería aplicado el principio de totalidad; esto es, que los órganos de la reproducción tengan una enfermedad que afecte gravemente al individuo, de modo que deban someterse a un tratamiento quirúrgico, o que las funciones reproductoras, deban ser reguladas con medicamentos. Por lo tanto, la esterilización no debe aplicarse simplemente a personas que no quieran tener más hijos, por el motivo que sea, pues no cumple con el principio terapéutico de totalidad enunciado (Cabrera, 2000, 198).

Harriet B. Presser expresa que existe una “restricción estructural en la práctica y junto con otras restricciones, como las actitudes culturales negativas, el conocimiento limitado y la ausencia de apoyo del cuerpo médico, explican por qué la esterilización ha sido tan limitada en la mayoría de los países” (Presser, 1970, 65). En los países desarrollados menciona informes de la resistencia del cuerpo médico para promover la esterilización como un método de control de la natalidad y reconoce el cambio de actitud que algunas personas presentan debido a nuevas uniones afectivas o porque desean más hijos/as después de la esterilización, aunque los estudios de seguimiento sugieren que no son casos frecuentes.

Además, señala como un asunto debatible si es mejor tener más hijos/as de los que se deseaban debido al fallo de un anticonceptivo temporal, o menos de los deseados por haber cambiado de opinión después de una esterilización.

En México, la *Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar* de la Secretaría de Salud (2004), establece los lineamientos generales para la prescripción de la oclusión tubaria bilateral y de la vasectomía. Por ser de carácter permanente, se requiere un proceso amplio de consejería previa a su realización, la firma o huella digital del/la usuario/a o representante legal en el formato “Autorización quirúrgica voluntaria y consentimiento informado”, el procedimiento deberá ser realizado por personal médico debidamente capacitado y bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas, y en el caso de la vasectomía, puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención. Por último, y de manera relevante, la norma establece que la edad, la paridad y la fecundidad, no serán factores para restringir el acceso al método. Ante esto, cualquier persona a la que le sea negada la práctica de la esterilización voluntaria podría aludir la obstaculización de su derecho a la salud, consagrado en el artículo cuarto constitucional, así como la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos, específicamente aquel que refiere el acceso a servicios de contracepción.

Oclusión tubaria bilateral (OTB)

La esterilización femenina es el procedimiento quirúrgico utilizado para poner fin a la capacidad de la mujer de quedar embarazada. Este procedimiento consiste en la oclusión de las trompas de Falopio, llamadas también trompas uterinas u oviductos, para evitar que se encuentren el óvulo y los espermatozoides. La esterilización femenina es una de las opciones anticonceptivas más eficaces que existen actualmente y puede practicarse en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer, por lo que es un procedimiento apropiado para la mayoría de las mujeres que están seguras que no desean tener más descendencia. El procedimiento puede

practicarse informadamente en el periodo inmediato al postparto, después de un aborto o en el periodo de intervalo, que es cuando la mujer no ha estado embarazada de manera reciente, o mínimo seis semanas después del último parto (OMS, 1994).

Para ocluir las trompas de Falopio comúnmente se utilizan dos métodos: el primero es la minilaparotomía, en la que se practica una incisión abdominal pequeña de entre 2 y 5 centímetros por encima del vello púbico cuando la mujer no ha estado embarazada recientemente, o de 1.5 a 3 centímetros por debajo del ombligo en las intervenciones postparto, a través de la cual el médico cirujano suele sacar del abdomen las trompas de Falopio para ocluirlos. El segundo método es la laparoscopia, en la que se utiliza un tubo estrecho provisto de luz, llamado laparoscopio, con el cual el cirujano puede ver el interior de la cavidad abdominal y la estructura pelviana. El instrumento se inserta por medio de una pequeña punción cerca del ombligo, esa misma abertura se utiliza para manipular los órganos y ocluir las trompas –en algunos casos puede realizarse una segunda abertura–. Ambos métodos son seguros y eficaces y se pueden practicar con anestesia local y ligera sedación (OMS, 2014).

Dentro de los principales temores previos a la realización de la OTB, se ha documentado el miedo a una enfermedad o efecto psicológico posterior a la cirugía, la pérdida de función menstrual, los cambios en la función sexual, cambios de aspecto físico, miedo al dolor durante y después de la operación y temor a la pérdida de la posición estratégica en el hogar y otros cambios en el equilibrio de poder en la familia (Lugo, 1999).

Juan Guillermo Figueroa en el trabajo *Apuntes para un estudio multidisciplinario de la esterilización femenina* (1994), realiza un recuento estadístico y análisis contextual, tomando en cuenta la desigualdad de las relaciones entre géneros, la relación con el prestador de servicios médicos y las transformaciones culturales alrededor de la reproducción. En la aplicación del proyecto “Educación reproductiva

y anticoncepción quirúrgica en México”, el autor recogió información de 1220 mujeres que recurrieron a una anticoncepción quirúrgica y participaron en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987, destacando que la población usuaria se concentra en mujeres mayores de edad y de alta paridad, observando pocas diferencias entre la preferencia de la esterilización en el medio rural, urbano y metropolitano, siendo su incidencia más alta en mujeres con baja escolaridad. Este trabajo analiza el proceso de toma de decisiones y valoración de los servicios médicos, encontrando conductas ambiguas y ambivalentes, cuestionándose lo importante de la calidad del servicio para definir la valoración posterior a la operación.

En *Efectos psicológicos de la esterilización quirúrgica en mujeres Yucatecas*, Pedro Sánchez Escobedo y colaboradoras (1995) investigaron los efectos de la histerectomía y la salpingoclasia, también llamada OTB, en 41 mujeres que fueron entrevistadas antes de la intervención quirúrgica. Se subraya la importancia de la orientación brindada a las mujeres que solicitaron el procedimiento, ya que se han observado casos de efectos psicológicos desde leves hasta severos que pudieron prevenirse si se hubiera prestado atención a los sentimientos de las mujeres antes de la operación. Entre las creencias expresadas por las mujeres se encontró que todas pensaron que la operación les permitiría prestar mayor atención a sus hijos/as y que beneficiaría su relación con la pareja, ya que podrían tener relaciones sexuales sin la preocupación de quedar embarazadas. Parte de las creencias negativas fueron las menstruaciones abundantes, el temor de aumentar de peso, y un tercio de las mujeres expresó dudas sobre la efectividad del método. Los autores enfatizan que los servicios psicológicos necesitan ser implementados tanto para las mujeres como para sus parejas y proveer información adecuada, hablar sobre las expectativas irreales, explicar posibles efectos secundarios y enfatizar en los cambios positivos que se obtendrían con esta intervención (Sánchez Escobedo *et al.*, 1995).

Por otro lado, Jorge Dehays Rocha en su artículo *Algunas reflexiones sobre la esterilización femenina y sus efectos* (1997), retoma la información obtenida en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud levantada en 1987, indagando en 363 mujeres esterilizadas los posibles problemas derivados de la operación y las razones para elegir tal método anticonceptivo. Dichas mujeres tenían paridad satisfecha. Como resultados obtiene que 27.8% de las mujeres escogió la esterilización por recomendación, 22.9% por ser un método efectivo, el 36.9% por ser definitivo y un 7.2% porque le agradó su uso. Dentro de las principales molestias físicas reportadas se mencionó en primer término las alteraciones en el ciclo menstrual, dolor de vientre, infecciones de todo tipo, ardor, dolor, úlceras y tumores. Sobre las molestias identificadas, las mujeres privilegiaron los beneficios que el método les proporciona. Al investigar la presencia de alteraciones en la conducta, no se encontró ningún caso, salvo molestias como la cefalea en un 7.7%. Es importante señalar que quizá dichas alteraciones no se encontraron al ser mujeres con paridad satisfecha, como lo señalé antes. De manera interesante, el autor exploró la percepción de mujeres no esterilizadas, encontrando que dos de cada tres pueden ver con recelo la esterilización, además de que 17.4% de las no usuarias considera que las alteraciones emocionales y de conducta se presentan a consecuencia de la esterilización.

Uno de los estudios más relevantes para esta investigación es el realizado por Christina Richie en *Voluntary sterilization for childfree women: Understanding patient profiles, evaluating accessibility, examining legislation* (2013), en el que se vincula teóricamente el estudio de las mujeres que no desean tener hijos/as y la elección de un método anticonceptivo irreversible. Como parte de los resultados, entre los motivos que la autora identifica para la búsqueda de una esterilización es la imposibilidad del embarazo debido a problemas de infertilidad, el temor de heredar genéticamente alguna anomalía o enfermedad recesiva, razones personales e ideológicas como el impacto ambiental, preocupaciones económicas, rechazo al rol maternal tradicional y una preferencia en el modelo que ofrece la vida sin hijos/as.

La investigación de Richie pone de manifiesto que la anticoncepción quirúrgica o esterilización voluntaria, es negada por los médicos aludiendo a la edad de la mujer que la solicita, sobre todo si se encuentra en el periodo de edad fértil, la falta de argumentos para explicar su decisión, y la posible culpa o arrepentimiento que podría experimentar después de la operación. Debido a esto, las mujeres siguen un permanente esquema de control de la reproducción a través de métodos hormonales o de barrera, lo que genera insatisfacción debido a causas como las complicaciones de usar anticonceptivos a largo plazo, menstruaciones abundantes, la interferencia con sus encuentros sexuales, así como la constante preocupación por un embarazo no deseado, lo que pudiera derivar en un dilema ético importante al tener que decidir sobre la realización de un aborto (Richie, 2013).

Vasectomía

Es un método quirúrgico anticonceptivo permanente que se realiza al hombre y que consiste en una pequeña operación sin bisturí, con anestesia local, haciendo una punción en la piel de la bolsa escrotal por arriba de donde se encuentran los testículos, a través de la cual se localizan, ligan y cortan los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides. La vasectomía sin bisturí sólo impide el paso de espermatozoides ya que continúa la producción, pero son absorbidos por el organismo. Este método anticonceptivo no interfiere con la actividad sexual, es un procedimiento que no requiere hospitalización, por lo que la recuperación es rápida y no existen riesgos elevados inmediatos o a largo plazo para la salud. Puede efectuarse en cualquier momento, siempre y cuando el hombre tenga el número de hijos/as planeado, haya recibido consejería, en la que se enfatice que este método anticonceptivo es de carácter permanente o definitivo, y lo solicite de manera voluntaria a su médico (IMSS, 2017).

Si bien se han planteado estrategias para fomentar la participación de los hombres en el ámbito de la salud sexual y la reproducción, el enfoque ha estado basado en promover la utilización de métodos anticonceptivos, como el condón o la

vasectomía. Por tanto, es necesario señalar la aproximación limitada de los servicios de salud, y la falta de opciones anticonceptivas para hombres debido a una oferta farmacéutica limitada y al desinterés estatal por el tema (Viveros, 2009).

La pretensión de los programas de planificación familiar de asegurar el derecho de toda persona “a decidir libre, responsable e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos” no ha podido convertirse en realidad debido a que la definición de los programas no ha incorporado la idea de que la anticoncepción conlleva a menudo, un proceso de interacción y negociación entre varones y mujeres. Esto implica por supuesto, una crítica de las relaciones varón – mujer y un replanteamiento de los pilares sobre los cuales se construye la identidad masculina y se fundamenta la exclusión de los varones de los ámbitos propios de la reproducción (Viveros, 1998, 150).

Siendo importante conocer cuáles son las expectativas, temores y actitudes de los hombres frente a la sexualidad y la anticoncepción, Araceli Fernández Cereño en su tesis titulada *La brecha entre el uso de la esterilización voluntaria femenina y masculina y su relación con el papel de la fertilidad en las representaciones sociales de masculinidad. El caso de Chiapas* (2004), describe que la existencia de un mayor porcentaje de OTB a diferencia de la vasectomía, representa un factor de inequidad de género, ya que la planificación familiar se considera un tema de mujeres; por ello analiza cuáles son los obstáculos para promover la práctica de la esterilización masculina en el contexto de Chiapas. Entre los resultados más relevantes, se identificó como principal dificultad para la difusión y elección de un método permanente como la vasectomía, la representación tradicional de la masculinidad, en la cual la potencia sexual se concibe como un elemento primordial de los ideales de la masculinidad hegemónica que pueden verse alterados con la intervención quirúrgica, además se produce temor por la esterilización ya que se relaciona con la castración, no sólo con la terminación de la fertilidad.

En un contexto latinoamericano distinto a México, Mara Viveros en su trabajo *La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano* (2009) describe los aspectos que debe considerar la orientación médica cuando se solicita una vasectomía, teniendo como principal objetivo despejar dudas y temores. Lo primero, es la información sobre la fisiología y anatomía del aparato reproductor masculino, posteriormente se expone la oferta de métodos anticonceptivos, tanto los temporales como los definitivos; cuando se elige la vasectomía debe advertirse al paciente de su carácter irreversible, por lo que se explican los detalles del procedimiento quirúrgico y las posibles repercusiones que dicho método tiene sobre algunos aspectos de la vida individual y de pareja, como en la sexualidad y en el cuerpo; finalmente deberá aclararse los cuidados que se deben tener antes y después de la intervención.

En *Opiniones y experiencias de la vida sexual de mujeres con parejas con vasectomía*, Diana Córdoba y colaboradores (2010) realizaron un estudio en México con parejas de hombres vasectomizados para conocer lo que las mujeres piensan del procedimiento y lo que refieren sus esposos. Con respecto a los hombres, se encontró que sus principales quejas son el dolor durante la intervención, la recuperación en casa, inflamación, así como sentimientos de incomodidad cuando la vasectomía fue practicada por una mujer y no por un hombre; se reportó el arrepentimiento asociado a limitaciones temporales por el dolor al no poder realizar actividades cotidianas como caminar, cargar cosas pesadas o manejar. Es interesante ver que los hombres reportaron ocultar la intervención ocupando los periodos vacacionales o días de descanso para programar la vasectomía y no presentar un justificante médico o comentarlo con otros. Dentro de los efectos positivos reportados por la pareja se mencionó el aumento en la frecuencia de relaciones sexuales al no existir la posibilidad de un embarazo. Las mujeres mencionaron la satisfacción de no utilizar anticonceptivos y la modificación de su percepción hacia sus parejas, quienes los ven como valientes, responsables y no

machistas, aunque también se expresó el temor de que la vasectomía podría favorecer relaciones extramaritales (Córdoba *et al.*, 2010).

Hernández y Marván en su artículo *La vasectomía desde una perspectiva social* (2014), mencionan que el rechazo a la práctica de este procedimiento tiene que ver en gran medida con los temores asociados al ámbito sexual, ya que se tiene la idea de que el procedimiento podría comprometer el desempeño y la potencia sexual, a través de la disminución de la libido, la pérdida del placer propio o de la pareja, así como la posibilidad de tener una disfunción eréctil y dolor. Por tanto, enfatizan que:

Particularmente en los países en desarrollo donde la vasectomía no es popular, es necesario que esta vaya acompañada de comunicación interpersonal y consejería pues la educación por sí sola no aumenta su aceptación (...) Otra cuestión importante es la participación multidisciplinaria en el procedimiento como tal y el seguimiento como una forma de generar mayor confianza en el equipo médico, disminución de la percepción del dolor, ansiedad y temor, esto con la finalidad de que los mismos hombres sean promotores del uso de este método definitivo (Hernández y Marván, 2014, 34).

La vasectomía por ser un método irreversible permite un control absoluto del cuerpo y de la reproducción, como expresa Viveros “puede ser experimentado como una forma de protegerse del “desorden” y el azar de los métodos anticonceptivos temporales. Esta moderación reproductiva puede ser considerada también una expresión del ejercicio de la racionalidad y del predominio de la voluntad sobre los impulsos genésicos” (Viveros, 1998, 156).

Dentro de los criterios que se presentaron en la revisión de la OTB y la vasectomía no se establece como tal el no tener hijos/as, por el contrario. Sin embargo, al no estar esto descrito de manera precisa, y atendiendo al artículo cuarto constitucional que alude a la posibilidad de elegir el número de hijos/as y el momento en que se

deseen tenerlos, en el siguiente apartado se plantea posibilidad de que en el marco de los derechos sexuales y reproductivos se considere a la esterilización voluntaria en mujeres y hombres sin hijos/as.

Alcance de los derechos sexuales y reproductivos: esterilización voluntaria y autodeterminación corporal

Aunque el discurso de los derechos sexuales y reproductivos ha tenido una significativa difusión en la sociedad y ha enfatizado la importancia del disfrute de la sexualidad y los derechos que conlleva el ejercicio pleno de ella, no es frecuente encontrar información específica con la que puedan identificarse aquellas personas que anulan su capacidad reproductiva como parte de un proyecto de vida.

El Consejo Nacional de Población indagó en una encuesta aplicada a hombres y mujeres de 18 años y más, la noción “salud reproductiva”, los resultados mostraron que siete de cada diez no sabían o entendían su significado o si era relevante para la vida cotidiana. Los tres restantes, mayormente asociaron la salud reproductiva con la planificación familiar y la salud materno-infantil (Salles y Tuirán, 2001). Lo anterior es significativo ya que, a pesar de que el concepto de salud reproductiva ha ampliado su espectro a través del tiempo, incorporándose “aspectos de carácter ético, jurídico y político, y no únicamente a la tradicional relación entre reproducción y salud, asociada en buena medida al ámbito médico” (Figuroa y Fuentes, 2001, 78), el enfoque de las instituciones de salud puede resultar limitado al priorizar aquellas problemáticas derivadas de la reproducción, cuando es un hecho que no todo puede ser reductible a ella; el énfasis dado a la fecundidad lleva a minimizar o ignorar otras problemáticas y el amplio espectro de la sexualidad, de ahí que no sea significativo para todos/as por igual.

Cuando se acude al sistema de salud para solicitar un método contraceptivo permanente, el equipo médico suele rechazar el procedimiento considerando aspectos como la edad, el estado civil y la irreversibilidad del método. Y aunque es comprensible debido a que es un procedimiento quirúrgico definitivo, los criterios

determinados por las instituciones responden más a una lógica defensiva para proteger a los prestadores de servicios médicos de pacientes insatisfechos o arrepentidos de decisión, que puedan acarrearles consecuencias negativas en su ejercicio médico, que a una búsqueda de decisiones libres y responsables.

Y es que existe un perfil de usuario/a para solicitar una esterilización voluntaria: paridad satisfecha, la cual se determina de forma arbitraria ya que legalmente no puede establecerse el número de hijos/as “ideal”, y aunque podría estipularse que al menos debería ser uno/a, dicha postura estaría ignorando las motivaciones de aquel que busca la esterilización y que puede dar cuenta de valores e ideales contrarios a los institucionales y a los del médico en cuestión, pues en los programas de planificación familiar aún puede encontrarse “información impregnada de fuertes sesgos ideológicos y normativos (arquetipos de la familia conyugal, asignación exclusiva de las funciones reproductivas a las mujeres, atribución de las malas condiciones socioeconómicas de la población únicamente al crecimiento de la población etc.)” (Viveros, 1998, 148).

Es así que la salud sexual y la reproductiva no sólo debe referirse al acceso a servicios de información, sino a todas aquellas actitudes, comportamientos y preferencias que van construyendo la experiencia sexual y reproductiva de hombres y mujeres, que incluyen posturas tradicionales sino también nuevas ideas y realidades, más en un contexto de cambio donde las sociedades se ha vuelto menos restrictivas y reconocen conductas que antes eran fácilmente descartadas, aunado a la búsqueda de una mayor satisfacción individual, resultado del proceso de individuación que genera la modernidad (Figueroa y Fuentes, 2001), por lo que podríamos incluso hablar de un derecho a la no reproducción.

Sonia Corrêa y Rosalind Petchesky, abordan desde una perspectiva feminista la vivencia de la sexualidad y la reproducción a través de cuatro principios: integridad corporal, autodeterminación, igualdad y respeto a la diversidad (Chandiramani, 2001). La integridad corporal, refiere al derecho de las personas a no ser alienadas

de su capacidad sexual y reproductiva, a mantener la integridad física de su persona. La autodeterminación supone que los individuos sean reconocidos como los actores centrales y tomadores de decisiones en materia de reproducción y sexualidad. La igualdad, se aplica a las relaciones entre hombres y mujeres, y las relaciones entre las propias mujeres considerando clase, nacionalidad y etnia. La diversidad supone el respeto por las diferencias entre mujeres y hombres, como son los valores, la cultura, la religión, la orientación sexual, la condición familiar y médica, entre otras. Es preciso apuntar que a pesar de que se defiende la universalidad de los derechos sexuales y reproductivos, estos tienen significados y suponen prioridades diferentes conforme al contexto cultural.

Por ello es fundamental reconocer que “la vivencia de la salud reproductiva supone acuerdos sociales sobre códigos morales que están en permanente revisión y cabildeo. Las políticas de salud reproductiva deben ser definidas en interacción permanente con los sujetos y no ser simplemente para ellos” (Figueroa y Fuentes, 2001, 79) buscando formar sujetos activos que puedan pronunciarse con respecto a sus propias necesidades y experiencias en materia de sexualidad y reproducción.

En este contexto es que la esterilización voluntaria en mujeres y hombres sin hijos/as puede ser interpretada como una muestra de autodeterminación y de dominio completo del propio cuerpo, como aquel que se pertenece y que va construyéndose, redefiniéndose y apropiándose desde lo cultural y lo biológico. Estos cuerpos muestran el tabú de la reproducción, al revelar que aquello que era percibido como “natural”, como algo inmutable, tiene un carácter social y depende de las decisiones de cada individuo.

CAPÍTULO IV ANTECEDENTES METODOLÓGICOS

Situando el conocimiento

Esta investigación fue realizada para conocer más sobre mi decisión de no ser madre. Consideré que así podría evaluar de manera sistemática y autoanalítica cómo surge el deseo, cómo se arraigó en mi cabeza y en mi palabra como un símbolo de quien soy, como una manera de presentarme y dirigir mi vida, de generar otro tipo de lazos afectivos. A lo largo de mi vida he tenido diferentes motivaciones, pero la decisión comenzó a gestarse entrada mi adolescencia cuando ya había introyectado el drama del embarazo en adolescentes y el terror al aborto, muy característicos de la educación sexual que recibí en la escuela, una institución mixta guiada por religiosas. Aunado a eso, tuve el referente de algunas madres solteras en mi familia. Sin embargo, siempre consideré que mi madre y mi padre han sido figuras fundamentales para entender lo que significa el amor y la amistad, por lo que muchas veces me pareció paradójico no querer reproducir esa dinámica y tener hijos/as para formar mi propia familia.

Con el paso del tiempo, enunciar me como una mujer que no deseaba tener hijos/as tuvo un gran impacto en mi vida sentimental y sexual, en mayor medida de manera favorable. Pero también fue motivo de conversaciones difíciles y separaciones. Podría decir que la relación con mi cuerpo se fortaleció, pues a través de los años me llevó al autocuidado para evitar un embarazo, como la planeación del inicio de mi vida sexual, el seguimiento de mi periodo menstrual, la utilización de diferentes anticonceptivos, la modificación de mis prácticas sexuales, pero también un proceso muy instaurado de hipervigilancia que en múltiples ocasiones se expresó a través del miedo.

El feminismo llegó a mí de una forma académica dándome la posibilidad de sumar otros discursos a lo que yo sentía y quería en mi vida. Comprendí entonces que tengas o no hijos/as, como mujer tu primer relato es con la maternidad. Estar en

contra es resistir a esa visión de mundo, es revelarse al discurso constitutivo, es quebrarlo. Estudiar la maternidad desde una óptica feminista sin duda fue importante, pero sentía más afinidad con temas como la interrupción del embarazo, el acceso a los anticonceptivos, la educación sexual, luchas en las que encontraba eco mi experiencia como mujer sin hijos/as.

Después de varios años usando anticonceptivos hormonales y algunas molestias asociadas a ellos y al empleo de otros métodos, comencé a barajar mis opciones para poder mantener mi elección de no tener hijos/as en una actitud lo más responsable conmigo misma, fue así que llegué a considerar la esterilización voluntaria. Pero ¿en verdad yo podría cancelar toda posibilidad de ser madre a través de una cirugía? ¿Qué referentes tenía de eso? Conocía otras mujeres que tampoco deseaban ser madres, pero no consideraban la esterilización ¿por qué no? entonces decidí hacer de mis inquietudes un proyecto de investigación.

La narración anterior busca mostrar el lugar desde el que me aproximé al tema de estudio, pues en el marco del conocimiento situado, “la mayor objetividad se produce al dar cuenta de las posiciones de partida y las relaciones en que nos inscribimos, considerando nuestra parcialidad y contingencia” (Cruz, Reyes y Cornejo, 2012, 258), aspectos que son abordados en la teoría del punto de vista feminista y el conocimiento situado.

El momento en que se formula la teoría feminista del punto de vista, y concretamente en el ámbito donde emerge el concepto de conocimiento situado, se contaba con un despliegue importante de críticas al modelo positivista de la ciencia por su carácter hegemónico y excluyente, por su retórica centrada en la diferencia entre objeto y sujeto y por sus pretensiones de neutralidad política y universalidad. Asimismo, se tenía un repertorio importante de teorías que destacaban la particularidad y contingencia histórica y social de cualquier sistema de conocimiento, fuera científico o no (Piazinni, 2014, 19).

Sandra Harding señala que “las filósofas de la ciencia, igual que cualquier otra forma de pensamiento humano, siempre están social y políticamente posicionadas, tanto si sus autores se lo propusieron como si no” (Harding, 2010, 65). Al “conocimiento situado”, desarrollado por Donna Haraway, se suma la teoría del punto de vista feminista señalando, entre otros aspectos, el papel activo del sujeto en el proceso de producción de conocimiento mediante esquemas de empatía y colaboración pues “lejos de presuponer una distancia aséptica, la reflexividad fuerte supone una participación comprometida por la cual el sujeto de conocimiento no se desvincula del proceso de investigación y los efectos que provoca” (García Dauder, 2003, 140). Así pues, desde mi propia experiencia, busqué elaborar un análisis crítico y reflexivo de la información del grupo de mujeres y hombres participantes en esta investigación, pero también desde el afecto como elemento “autorreferencial que le da complejidad a la vida humana a través de nuestras relaciones con los demás y con nosotras mismas” (Lara y Enciso, 2013, 103).

La trama conceptual

En función del problema de investigación, utilicé conceptual y analíticamente los aspectos teóricos de la antropología médica, la perspectiva de género y la bioética, concebidos como “hilos conductores” que permiten construir consonancias y potencialidades para comprender y analizar la experiencia de las mujeres y hombres sin hijos/as que optaron por una esterilización voluntaria.

He decidido retomar algunos aportes de la antropología médica como disciplina que ha abordado de manera crítica la complejidad en la que se desarrolla la atención a la salud, la multiplicidad de prácticas médicas y los procesos subjetivos, así como la relación médico-paciente. Fue posible visualizar esto partiendo de una de las principales críticas que esta disciplina ha desarrollado, es decir, el carácter hegemónico del modelo médico basado en la llamada biomedicina, evidenciando a su vez las diversas formas de significación y atención que para la salud existen. Por

el interés de este estudio se usó el concepto de medicalización⁷ –enfocado al ámbito de la reproducción y la sexualidad– considerando que la biomedicina “medicaliza la realidad, crea un mundo peculiar y traduce conjuntos de problemas a su propia terminología (...) moldea las formas en que se materializa el mundo de la experiencia y acomoda la realidad a nosotros” (Engelhardt, 1995,206).

Otro de los conceptos utilizados es el de trayectoria de atención, que incluye aspectos individuales de la persona al tiempo que examina las relaciones de tipo institucional, dando un panorama de lo personal y lo público (Goffman, 1972). Asimismo, el concepto “permite concatenar analíticamente los cambios básicos y comunes que tienen lugar, a lo largo del tiempo, entre los miembros de una categoría social aunque ocurran independientemente unos de otros”; por otro lado hace referencia a “aspectos subjetivos (como la noción que los individuos tienen de sí mismos), y a cuestiones estructurales de la sociedad en la que viven dichos individuos” (Castro *et al.*, 1996, 33).

Por su parte, la categoría de género es una constante a lo largo de la investigación, ya que como herramienta conceptual ha servido para profundizar la reflexión del proceso en que los cuerpos, a partir de la diferencia sexual, son construidos e interpretados culturalmente, asignándoles una serie de comportamientos y atributos que se describen como femeninos o masculinos. El género “no es un simple derivado del sexo anatómico o biológico, sino una construcción sociocultural, una representación, o mejor aún, el efecto del cruce de las representaciones discursivas y visuales que emanan de los diferentes dispositivos institucionales: la familia, la religión, el sistema educativo, los medios de comunicación, la medicina, la legislación; pero también de fuentes menos evidentes, como el lenguaje, el arte, la literatura, el cine y la teoría” (De Lauretis en Preciado, 2008, 83).

⁷ La tendencia a la medicalización es un rasgo estructural del Modelo Médico Hegemónico (MMH), siendo el biologicismo su rasgo estructural dominante y uno de los principales hechos que confiere una mirada parcial a la práctica médica, ya que “si bien el saber biomédico, especialmente de algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica” (Menéndez, 2004,25).

Los estudios en el campo de la salud realizados con una perspectiva de género, revelan el sesgo presente en las ciencias biomédicas a través de hechos como el acceso diferencial que hombres y mujeres tienen a los sistemas de salud y la desigualdad en la atención, así como la forma en que son concebidos los procesos biológicos como la reproducción, pues “los estereotipos de género que tengan las mujeres y hombres en nuestra sociedad pueden afectar, tanto a las y los profesionales sanitarios como a las y los pacientes y, por consiguiente, a la asistencia sanitaria en general” (Valls-Llobet, en Sánchez López, 2003, 167). De ahí la importancia de subrayar lo necesario que es la transversalización de la perspectiva de género en la atención a la salud y la educación del equipo médico.

La teoría social feminista es relevante en el análisis pues se ha encargado de cuestionar los imperativos sociales que recaen sobre el cuerpo de las mujeres, en este caso la imposición de la maternidad, a partir de una fuerte crítica a la noción de cuerpo biológicamente determinado, señalando que la biología no es destino. La corporalidad de hombres y mujeres se analiza de frente a lo estipulado socialmente, como describió Linda Nicholson utilizando la metáfora del perchero donde “el cuerpo sería una especie de percha en la que se cuelgan o se superponen los distintos mecanismos culturales, especialmente los relacionados con el comportamiento y la personalidad” (Nicholson, 2003, 50), siendo uno de estos, la maternidad y la paternidad.

Al respecto, son de suma relevancia las aportaciones teóricas feministas sobre la construcción social de la maternidad, la cual no posee una definición unívoca y mucho menos simple, ya que alberga varias connotaciones y experiencias dentro de la trayectoria de vida de cada mujer, por lo que se ha desarrollado una multiplicidad de debates, entre ellos, el reconocimiento del derecho a la “no maternidad”, como un tema pendiente para la agenda feminista. Los estudios de masculinidad son igualmente importantes en esta investigación, ya que su teorización permite comprender las diferentes formas en que los hombres se sitúan en los procesos de reproducción y experiencia de la sexualidad, así como el rechazo

a roles paternos hegemónicos, donde la participación del hombre va desde el autoritarismo y como proveedor económico, fundamentalmente. Igualmente, desde un enfoque feminista, en el análisis se recurre al concepto de autodeterminación el cual retoma la noción de Corrêa y Petchesky que refiere a la “capacidad para decidir de manera libre e informada sobre el ejercicio de la sexualidad y sus opciones reproductivas; implica el respeto por la manera en que las personas toman decisiones, los valores que tienen peso para ellas/ellos y las redes que representan sus núcleos de apoyo e interdependencia” (Guevara, 2003, 109).

Vinculado con lo anterior, consideré sumar al análisis la perspectiva bioética como campo multidisciplinario que promueve la deliberación y el diálogo, enfatizando el pluralismo de las sociedades contemporáneas y la existencia de diferentes racionalidades (Viesca en González, 2008). Es así que el conocimiento bioético constituye en la actualidad una herramienta indispensable para construir acuerdos éticos mínimos, especialmente en sociedades donde la diversidad de opiniones es una constante, apoyando el diálogo entre posturas y posicionamientos que no encuentran convergencia.

El enfoque de la bioética permite operacionalizar el conocimiento social y científico, y al igual que la antropología médica y la perspectiva de género, aporta conocimiento sobre la relación de poder existente entre el equipo de salud y los pacientes en la práctica de la medicina. Asimismo, enfatiza que en todo proceso de atención a la salud no sólo basta contar con lineamientos generales, normas y guías que respalden el ejercicio competente de los profesionales de la salud, sino que además hay que fomentar una actitud de respeto a los derechos humanos y apego a principios éticos para asegurar la protección efectiva de la integridad física, psicológica y social de las personas. El estudio de la esterilización voluntaria en mujeres y hombres sin hijos/as es relevante desde la bioética ya que coadyuva a la construcción de un marco ético mínimo que permita reconocer y analizar la autonomía de las personas y su toma de decisiones a la luz de la mejor información disponible.

Al respecto, el concepto de autonomía es fundamental en la investigación, entendiéndola como “la libertad de tomar decisiones, de elegir y configurar un modelo de vida. Ser autónomo no consiste única, ni esencialmente, en ser independiente, sino en la capacidad de gestionar la propia vida, es decir, establecer y desarrollar un proyecto vital conforme a un sistema de valores (Feito, en Boladeras y Goberna, 2017, 73). Es importante destacar que la posibilidad de la autonomía deberá atender a condicionantes económicas, sociales y políticas, pues no puede desvincularse el efecto de las normas culturales. Asimismo, críticos señalan el impacto que la noción de autonomía puede tener en la formación de lazos comunitarios y sociales (Papacchini, 2000).

Selección del grupo participante y construcción de los instrumentos metodológicos

Al establecer los criterios de selección y debido a que la dimensión del segmento de la población a estudiar es desconocida, se decidió realizar una muestra cualitativa no probabilística, que implica una selección deliberada de las y los entrevistados a partir de ciertas características que presentan y que son relevantes para el problema de investigación (Monje, 2011). Fue así que se consideró la participación de mujeres y hombres de nacionalidad mexicana, entre los 20 y 45 años, con una clara decisión de no tener hijos/as, sin problemas de infertilidad, sexualmente activos/as. El estado civil, el nivel educativo y socioeconómico se pensaron como criterios abiertos buscando presentar diferentes situaciones contextuales para conocer si alguna influye en la decisión de no tener descendencia y elegir un método anticonceptivo permanente.

Para conformar el grupo de estudio, entre los instrumentos metodológicos se diseñó un cartel (imagen 1) en el que se invitaba a participar en una investigación antropológica sobre la esterilización voluntaria de personas sin hijos/as en México en el cual se incluyó una dirección de correo electrónico para establecer contacto. El cartel fue circulado a través de las redes sociales en febrero de 2016, especialmente en sitios de grupos anti natalistas, *childfree* o interesados en el tema.

Aunque al inicio consideré realizar la investigación únicamente en un grupo de mujeres, a la invitación respondieron algunos hombres mostrando su interés para participar en el estudio. Las personas relataron vía correo parte de las dificultades que experimentaron en su paso por los sistemas de salud, hecho que no fue exclusivo de las mujeres, lo que confirmó la importancia de incorporar la participación de hombres en la investigación ya que permitiría un panorama más amplio y comparativo respecto a la relación médico/ca- paciente y el género, para identificar cómo operan y se cuestionan los mandatos en torno a la reproducción, además de arrojar elementos que coadyuvaran al estudio de las masculinidades y su relación con la paternidad.

IMAGEN 1. CARTEL DIFUNDIDO EN REDES SOCIALES



Fuente: Elaboración propia

En respuesta al cartel se recibieron 24 correos electrónicos de personas interesadas en participar en la investigación: 21 residían en México en las entidades federativas de Aguascalientes, Ciudad de México, Chihuahua, Colima, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Querétaro y Zacatecas, dos personas que vivían en Colombia y una en España. Conforme a los criterios de selección mencionados antes fueron descartados residentes de otros países, aquellos que tenían al menos un hijo/a –

pero les interesaba hablar sobre la negación de anticonceptivos permanentes–, y quienes enviaron un breve relato pero no quisieron ser entrevistados/as.

El grupo de estudio se conformó por seis mujeres y seis hombres a quienes se entrevistó y se envió un cuestionario en línea para recopilar los datos socioeconómicos e información sobre la utilización de servicios médicos y uso de anticonceptivos. Es importante decir que de las seis mujeres participantes sólo tres pudieron conseguir que se les practicara la OTB, en el caso de los hombres, los seis cuentan con una vasectomía.

La aplicación de entrevistas semiestructuradas permitió que el grupo relatara sus experiencias con libertad a partir de preguntas disparadoras proporcionando “al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión” (Vela, 2013, 75). Para esto, se construyó un guion de entrevista para hombres y otro para mujeres (anexos I y II) orientado a conocer aspectos como la decisión de no reproducirse, efectos en el uso de anticonceptivos, aborto, ideas sobre la maternidad y la paternidad, representaciones sociales sobre las mujeres y hombres sin hijos/as, y elementos de la atención médica al solicitar la esterilización voluntaria. La mayoría de las entrevistas se realizaron de manera presencial, otras vía Skype o telefónicamente debido a la ubicación geográfica, la dificultad en los horarios y la disposición de tener un encuentro cara a cara.

En la investigación también se consideró la participación de prestadores de servicios médicos, estos fueron identificados a través de la técnica de bola de nieve. Dentro de los criterios de selección se estableció que desempeñarán su trabajo en el área de medicina general, siendo este espacio donde se provee la información de métodos anticonceptivos y, de ser necesario, se deriva a consulta de especialistas como ginecología y urología, áreas en las que también se buscó la participación de personal médico que realiza los procedimientos de OTB y vasectomía. Finalmente se contó con la participación de cinco médicos/as del sector público y privado a los que se realizó entrevistas en profundidad (anexo IV).

Considerando que “los resultados de las investigaciones pueden tener consecuencias que afecten al núcleo social estudiado, bien en forma global o en forma individual. Corresponde a los investigadores medir los alcances de su trabajo y no omitir el consentimiento de los investigados” (Sánchez, 2004, 87), por ello previo a las entrevistas se proporcionó un formato de consentimiento informado (Anexo III) en el que se describe el propósito y beneficios de participar en la investigación; se menciona que la entrevista será grabada, que se guardará la confidencialidad de la información y se utilizará un pseudónimo. Además, se establece la posibilidad de que la persona pueda responder sólo las preguntas que desee, o bien, finalizar la sesión en cualquier momento. La interpretación del contenido de las entrevistas se ha realizado mediante la lectura del texto donde se identifican temáticas y aspectos cruciales que revelan la multiplicidad de significados, asumiendo que “sólo es posible trabajar con conceptos sensibilizadores que, en vez de constituir un recorte preciso de la realidad, representan ‘direcciones en las cuales mirar” (Castro, 2010, 65).

Para caracterizar al grupo que participó en esta investigación, en seguida se describe el perfil de cada una de las mujeres y los hombres que lo integra. Los relatos nos introducen al conocimiento de elementos sobre la personalidad, contexto familiar y relaciones de pareja, esbozando los motivos por los que eligen no reproducirse y buscar en consecuencia un método anticonceptivo quirúrgico y definitivo como la OTB y la vasectomía.

Diana vive en Ecatepec con sus padres y una hermana pequeña, estudia derecho en la UNAM y tiene 23 años. Pasa temporadas largas en casa de su novio, quien también se está formando como abogado. Ambos comparten la decisión de no tener hijos ya que buscan enfocarse en su desarrollo académico. A diferencia de su madre que siempre se dedicó al hogar, aspira ocupar un alto cargo en el ámbito jurídico. A los 22 años donó uno de sus riñones a su prima, decisión que tomó por sorpresa a su familia, al igual que su deseo de no ser madre. Aunque expresa que siempre fue muy cuidadosa en el uso de anticonceptivos, buscó un método permanente que la

hiciera sentir completamente segura. Su elección siempre fue cuestionada de manera agresiva por los médicos, incluso en el momento en que se le practicó la esterilización. Entre sus actividades favoritas está el cine, nadar y leer; le ilusiona tener un refugio de animales y ayudar a las personas ejerciendo su carrera.

Estefanía egresó de la licenciatura de medicina, tiene 26 años y vive en la Ciudad de México. Se considera feminista, vegana, antiespecista y ecologista. Comenzó la búsqueda de una esterilización voluntaria a los 19 años cuando determinó que sus metas profesionales no eran compatibles con tener hijos. La cirugía le fue practicada a los 23 años después de mucho insistir entre sus conocidos del ámbito médico; nadie creía que fuera una petición seria. Considera que los médicos no respetan el cuerpo de las mujeres y tienden a juzgarlas. No cree en el matrimonio como institución y divide a las parejas en emocionales y sexuales; su deseo es continuar su desarrollo académico, publicar un libro de poemas, dedicarse a la enseñanza, e impulsar la cultura de la no violencia. No busca tener grandes posesiones, sólo vivir en una casa pequeña y poder ser dueña de su tiempo. Sabe que para muchas mujeres tener hijos es el único camino para realizarse y ser feliz, sin embargo, le molesta que su decisión de negarse a ser madre no sea igualmente respetada.

Celia se graduó de la carrera de contaduría y trabaja en una oficina como auxiliar contable. Vive en Ecatepec, Estado de México, con su hermano, ingeniero en sistemas, a quien describe como aventurero por su afición a los viajes en motocicleta, y con su padre, conductor de taxi y su principal compañía cuando ella decidió someterse a una esterilización voluntaria a los 29 años, ya que deseaba no tener hijos. A decir de ella, tuvo suerte en que los médicos aceptarían su petición. Mucho tiempo creyó ser una mujer en la que nadie podría interesarse sentimentalmente, pero al iniciar su vida sexual tuvo tanto miedo de embarazarse que decidió buscar un método anticonceptivo permanente. Celia se describe como una mujer introvertida, espiritual con afinidad al budismo, disfruta cantar cuando no hay nadie en su casa y le gusta conocer gente a través de internet, donde también

ha buscado novio. No le molesta pensarse como una mujer soltera, ya que dice es importante saber estar sola.

Vanessa trabaja en una empresa de mercadotecnia, tiene 32 años y es divorciada. Vive en casa de sus padres en Querétaro. Presenta problemas de endometriosis y afecciones crónicas y degenerativas en la columna, como espina bífida, lordosis lumbar y un quiste de Tarlov que debe monitorear periódicamente a través de resonancia magnética. Esto ha sido determinante en su decisión de no tener hijos ya que un embarazo significaría una sobrecarga importante a su columna; además, nunca ha sentido afinidad con los niños. Ha solicitado una esterilización buscando evitar la toma de anticonceptivos y reducir los medicamentos que consume diariamente. Aun cuando posee los estudios que dan cuenta del daño a su columna, los médicos rechazan su petición y, a decir de ella, minimizaron su padecimiento y el impacto que tendría en su salud tener un hijo. Es cantante de un grupo de música versátil y promueve la adopción canina. Considera que, al igual que con los animales, deberían existir campañas que informen sobre la esterilización para evitar los prejuicios hacia las personas que no desean hijos.

Gina tiene 32 años, estudió letras y se desempeña en el área editorial en un periódico local en Colima. Vive en unión libre con su novio, quien se dedica a la pintura y le puso “las gafas moradas” al introducirla al feminismo. Disfruta trasladarse en bicicleta y promueve acciones contra el acoso sexual en las calles. En su dinámica familiar le molestaba que su madre fuera tan dependiente de su padre y tolerara malos tratos. Reconoce que desde niña tenía claro que no tendría hijos. Comenzó a utilizar anticonceptivos a los 18 años cuando inició su vida sexual, desde entonces ha transitado por varios métodos provocándole problemas físicos e inestabilidad emocional, principalmente los de tipo hormonal. Después de experimentar dos abortos, a los 26 años decidió buscar una esterilización, solicitud que le fue negada por ser una mujer joven y sin hijos. Considera injusto que las mujeres no sean dueñas de su sexualidad en ninguna etapa de la vida.

Dafne tiene 34 años y vive en la Ciudad de México con su esposo, con quien se casó después de 18 años de noviazgo; ambos acordaron que no tendrían hijos, sin embargo, apoyan a una organización de niños huérfanos. Con una maestría en psicoterapia cognitivo conductual, trabaja en el área administrativa de una empresa. De niña nunca se interesó en jugar con muñecas y siempre le gustó aprender cosas y ser independiente. Desde los 18 años ha buscado la esterilización, pero ningún médico ha accedido a realizarla ya que piensan que podrá arrepentirse. Durante años utilizó pastillas anticonceptivas hasta que detectó un bulto en uno de sus senos; su médico le dijo “matriz que no da hijos, da cáncer”. Frecuentemente percibe miradas de compasión por ser una mujer casada y sin hijos, pero para ella ofrece ventajas y simboliza el vínculo amoroso con su pareja al elegir una vida compartida.

Leo tiene 26 años, vive en Querétaro con sus padres y su hermana menor, estudió una licenciatura en gastronomía, es ateo. Debido a una difícil experiencia con el aborto de una de sus novias, así como las dudas sobre la eficacia en el uso del preservativo, busca un método anticonceptivo permanente. A los 21 años se le practicó la vasectomía, esto fue después de varios intentos en los servicios de salud donde fue cuestionada su orientación sexual debido a lo atípica de su solicitud, siendo un hombre joven y sin hijos. Fue a través de redes sociales que tuvo conocimiento de que había otros hombres que como él no les interesaba ser padres; comenzó a leer entonces sobre los llamados grupos *childfree*. Menciona que sus padres no se opusieron a su decisión y que incluso su hermana tampoco quiere tener hijos. Su actual novia sabe que tiene una vasectomía, pero ella aún no define si quiere convertirse en madre algún día.

Oswaldo tiene 28 años, es soltero, le gusta la actuación, el arte, y se dedica a la enseñanza del idioma inglés en una escuela en Guadalajara. A los 21 años decidió buscar la realización de una vasectomía después del retraso del periodo menstrual de su novia y comenzó a pensar en la responsabilidad que implica tener un hijo; tiempo después también terminó la relación. El procedimiento le fue practicado en

un hospital público a la edad de 26 años. Algunos de sus compañeros de trabajo le dijeron que cometió un error y que se va arrepentir porque sólo lo había hecho para andar de fiesta. Él menciona que cuando eres joven es cuando te comprometes con quien quieres ser y la vasectomía le permite estar a gusto con él mismo sin necesitar de la aceptación de nadie más.

Daniel tiene 29 años, vive en Zacatecas, es soltero, estudió la licenciatura en lenguas extranjeras, es vegano, le gusta el punk y apoya el movimiento feminista. Su deseo de no tener hijos está marcado por el daño que provoca la sobrepoblación al planeta y porque considera que lo más importante es hacerse cargo y apoyar a las personas que ya la habitan, por eso le interesa promover el movimiento anti natalista o anti procreación. Cuando determinó que buscaría la realización de una vasectomía, reunió a su familia para comunicárselos, y aunque no están del todo de acuerdo, entendieron que su decisión era congruente con su ideología. La vasectomía se le realizó en un hospital público a la edad de 25 años. Cree que algunas personas que no desean tener hijos humanizan demasiado a los animales y eso no le agrada.

Enrique tiene 35 años, es ingeniero en electrónica y vive en Guadalajara, Jalisco. No cree en el matrimonio, por lo que mantiene una relación abierta con una chica, quien no está de acuerdo en muchas de las cosas en las que él cree, pero las tolera. No le gustan los compromisos y labora en horario abierto que le permite realizar otras actividades. Le gusta dormir temprano, nadar, la tecnología y las finanzas personales. La vasectomía se le realizó en un hospital privado a los 33 años. Uno de sus compañeros de trabajo es quien le sugirió tal método anticonceptivo y aunque en un principio dudó de su decisión ya que consideró que podía arrepentirse, con el pasar del tiempo esclareció que era la mejor opción para él. Su familia no sabe que se le practicó una vasectomía, pues comenta que para su papá es muy importante el legado y mantener el apellido de la familia.

Santiago vive en el Estado de México, es divorciado, tiene 42 años y es coordinador en una empresa de telecomunicaciones; toca el bajo, le gusta el cine y la literatura. Su deseo de no tener hijos comenzó a esbozarse a los 15 años cuando nació una de sus hermanas y tuvo que apoyar su cuidado. Relata que la relación con su esposa comenzó a fragmentarse debido a su rechazo a convertirse en padre; ella le decía que tenía un trauma y que debía ir al psicólogo. A los 37 años se divorció y a los 40 le es practicada la vasectomía en un hospital privado cuando tuvo la posibilidad de reunir el dinero para pagar la cirugía, además reconoce que era injusto dejar toda la responsabilidad a sus parejas, a quienes pedía utilizar pastillas anticonceptivas, y es que el uso del preservativo lo ponía intranquilo. Gracias a la vasectomía ahora disfruta más de su vida sexual.

Julián vive en Pachuca, Hidalgo, tiene 45 años, es soltero y se dedica a la corrección de estilo, lo cual describe como un pasatiempo que le genera recursos económicos, ya que detesta los trabajos con horario fijo. Le gusta buscar erratas en los diccionarios y se considera una persona con una amplia variedad de temas de conversación gracias a que es un buen lector. Menciona que aunque es partidario del celibato ya que no quiere casarse, sí deseaba experimentar la sexualidad. Los niños le molestan, no le gusta la música y suele cambiar de residencia cuando le incomodan los vecinos. La vasectomía le fue realizada a la edad de 21 años en un hospital público. Desde entonces su relación con las mujeres ha cambiado, observa que cuando les menciona que tiene una vasectomía algunas se alejan porque buscan formar una familia, otras tienen mayor interés. Su deseo es vivir tranquilo, ya que define su naturaleza como aprehensiva.

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL GRUPO DE MUJERES Y HOMBRES PARTICIPANTES

Nombre	Edad	Entidad Federativa	Estado Civil	Escolaridad	Campo de ocupación laboral	Vive con	Seguro médico	Edad de primera relación sexual	Edad de la realización de la OTB	Método anticonceptivo de uso actual
Diana	23 años	Estado de México	Soltera	Licenciatura	Derecho	Familiar	IMSS	13 años	23 años	OTB
Estefanía	26 años	Ciudad de México	Soltera	Maestría	Médica Cirujana	Sola	ISSSTE	16 años	23 años	OTB
Celia	29 años	Estado de México	Soltera	Maestría	Contaduría	Familiar	IMSS	25 años	29 años	OTB Su pareja usa condón
Vanessa	32 años	Querétaro	Soltera	Licenciatura	Mercadotecnia	Familiar	Seguro popular	17 años	Sin OTB 25 años*	Píldora anticonceptiva
Gina	33 años	Colima	Unión libre	Licenciatura	Comunicación	Pareja	Ninguno	18 años	Sin OTB 26 años*	DIU
Dafne	34 años	Ciudad de México	Casada	Doctorado	Psicología	Pareja	Servicio privado	17 años	Sin OTB 18 años*	Ninguno Su pareja usa condón

*Edad en la que solicitaron por primera vez la OTB.

Nombre	Edad	Entidad Federativa	Estado Civil	Escolaridad	Campo de ocupación laboral	Vive con	Seguro médico	Edad de primera relación sexual	Edad de la realización de la vasectomía	Método anticonceptivo de uso actual
Leo	26 Años	Querétaro	Soltero	Licenciatura	Gastronomía	Familiar	Ninguno	18 años	21 años	Vasectomía
Oswaldo	28 Años	Ciudad de México	Soltero	Preparatoria	Docencia de idiomas	Amigo	Ninguno	18 años	26 años	Vasectomía Condón
Daniel	29 Años	Zacatecas	Soltero	Licenciatura	Lenguas extranjeras	Amigo	Ninguno	16 años	25 años	Vasectomía
Enrique	35 Años	Jalisco	Soltero	Licenciatura	Electrónica y comunicaciones	Solo	IMSS	22 años	33 años	Vasectomía
Santiago	42 Años	Estado de México	Soltero	Licenciatura	Administración de empresas	Familiar	IMSS	22 años	40 años	Vasectomía
Julián	45 Años	Hidalgo	Separado	Licenciatura	Corrector de textos	Solo	IMSS	21 años	24 años	Vasectomía

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta socioeconómica aplicada a los participantes, 2015.

CAPÍTULO V

ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA EN MUJERES Y HOMBRES SIN HIJOS/AS POR ELECCIÓN. HALLAZGOS

Conforme a los propósitos de esta investigación, los resultados se presentan en dos apartados. El primero se enfocó en la experiencia de las mujeres y hombres del grupo a través de la identificación de narrativas, prácticas y representaciones asociadas a la corporeidad, la salud y la sexualidad sobre su deseo de no reproducirse. El segundo nivel exploró la elección de un método anticonceptivo definitivo y la inserción del grupo en los servicios de salud al momento de solicitarlo describiendo su trayectoria de atención en diferentes momentos, donde se incluye en algunos casos, el rechazo a su solicitud y las estrategias o acciones consecuentes.

PRIMERA PARTE.

SIN HIJOS/AS POR ELECCIÓN

En la investigación *Choosing childlessness; decision-making of women about childlessness, the role of values*, Boschman (2007) analiza el proceso de toma de decisión de mujeres sin hijos/as destacando tres componentes: el conjunto de alternativas abiertas a la elección, una evaluación de las consecuencias de dichas alternativas y una selección de una alternativa particular conforme a un criterio o regla. Se apunta que las normas sociales influyen fuertemente en la toma de decisión, pues cuando se percibe una única alternativa posible, la decisión se toma conforme a la norma social pues no es posible evaluar de diferentes alternativas. Las instituciones, el sistema educativo, el apoyo familiar, las facilidades en el trabajo, son otros elementos de gran influencia en las decisiones individuales sobre la fertilidad. Asimismo, los valores de cada persona formados por experiencias sociales y motivaciones particulares que les permita alcanzar determinados objetivos, o alejarse de situaciones incompatibles con los mismos, buscando entonces alternativas posibles para lograrlo.

En los siguientes testimonios se presentan elementos que participaron en la toma de decisión de mujeres y hombres sin hijos/as por elección. En los relatos fue posible ver un proceso que va conformándose en diferentes etapas de su vida y considera las relaciones familiares, sociales y afectivas, siendo la suma de factores lo que da como resultado una conciencia particular que encuentra en la reproducción una óptica distinta, un posicionamiento antagónico a lo esperado socialmente. Y aunque muchas de las ideas presentadas no son exclusivas de aquellos/as que han decidido no tener hijos, la forma en que se experimentan y en que son significadas produce acciones distintas, en este caso, la elección de un modelo de vida sin descendencia.

Al respecto, es importante considerar que “el significado es un asunto dinámico, experiencial, que no puede capturarse dentro de un conjunto de proposiciones abstractas. Tan pronto como desvinculamos la cultura de las actividades de personas encarnadas, no sólo sacrificamos el significado a la estructura, sino que en último término renunciamos a la posibilidad de entender cualquiera de ellos (...) El significado no es una propiedad de una realidad dada de antemano, ni es algo confinado en la cabeza de los individuos contenidos en sí mismos. Es un asunto experiencial” (Baerveldt, 1999, 6).

Sobre la decisión de no tener hijos/as

Un hijo es una responsabilidad muy grande

Una de las cuestiones principales que los/as participantes consideraron para decidir no tener hijos/as, es la *responsabilidad* que implica la reproducción y la crianza, lo cual fue asociado en alguna medida a la *pérdida de la libertad*, ya que los hijos son concebidos como un obstáculo e imposibilitan la realización de sus actividades cotidianas y hobbies:

Es una responsabilidad que yo no quiero adquirir (...) en algún momento estaba más metida en la cuestión musical, cantaba con grupos, y si tienes hijos ¿cómo te puedes ir de gira? (...) me gusta mucho cantar, mi espacio, mi tiempo y lo que hago, no me gustaría tener la responsabilidad de sacar adelante a un niño o una niña. *Vanessa, 32 años.*

Pues veo a mis primas que tuvieron hijos muy jóvenes y siento que no vivieron su vida de manera libre, y pues el hecho de tener que responsabilizarte de una persona ¡apenas puedo conmigo como para hacerlo por alguien más! Mis primas me dijeron egoísta, mala, “ahorita piensas así, pero son una bendición”, porque yo les decía que eran un estorbo, porque yo quería hacer otras cosas, viajar, salir y veía que mis primas no podían por estar con sus bebés. *Celia, 29 años.*

No tengo ese sentido de responsabilidad, sobre todo porque es una responsabilidad para toda la vida y simplemente es algo que no quiero en mi vida, la responsabilidad económica, moral, de la educación, emocional, el quererle, aceptarle y apreciarle, es un trabajo complejo. *Oswaldo, 28 años.*

Tener un hijo es una responsabilidad muy grande, enseñarlos a ser personas, creo que las madres tienen esa responsabilidad grande porque están criando a las personas que van a venir en el futuro. Yo no me considero apta para una responsabilidad así. *Diana, 23 años.*

Asimismo, la responsabilidad fue asociada a los *gastos económicos*, ya que los/as participantes consideraron fundamental poder garantizar los medios materiales y financieros que permitan solventar lo que exige criar un hijo, como expresan Enrique y Dafne a continuación:

El hecho es que cuestan mucho dinero, tiempo y esfuerzo, o sea yo estoy consciente de que si tienes un niño lo vas a tomar seriamente y vas a tratar

de educarlo lo mejor que puedas, y tendrás que invertir los recursos que se necesiten y la verdad es muy caro y no quisiera hacer las cosas a medias. *Enrique, 35 años.*

Para mí lo que implica tener hijos, en primera, es un gasto económico muy alto, tomando en cuenta lo caro que sale tener un hijo en un hospital y ese es el gasto más barato de tener un hijo, más pañales, doctores, comida, escuelas, que de repente “¡mamá, todos tienen esa mochila!”, la del personaje de moda y entonces la quieren, la universidad. Tengo compañeros que sus hijos están chicos, el niño tiene apenas 2 años, y ya están viendo dónde lo van a meter a la primaria porque si no se queda sin lugar ¡Son tantas cosas económicas! *Dafne, 34 años.*

No me gustan los niños

De acuerdo con las/os entrevistados, es común que se les pregunte por qué *odian a los niños*, afirmación que algunas/os niegan pues su decisión no está determinada por ello. Y es que, aunque algunos de los participantes han optado por no tener descendencia, que suelen relacionarse con los hijos/as de sus amigos/as o familiares ya que reconocen la importancia de su ayuda en el cuidado y protección de los mismos contra cualquier agresión, además existen características de los niños/as que les agradan como la inocencia, la creatividad y la alegría. Sobre esto, Celia y Dafne mencionan:

La gente cree que porque no quiero tener hijos no me gustan los niños y que soy de “¡quémenlos en leña verde!”, pero no es cierto, me ha tocado convivir con mis sobrinas, las hijas de la hermana de mi esposo y he estado con ellas desde que son bebés, y se quedan en la casa y vemos películas, de repente llegan con problemas que sienten que no le pueden contar a su mamá y se acercan a mí o a mi esposo y nos gusta, o también estamos con amigos que tienen sus bebés y los cuidamos y jugamos con ellos. *Dafne, 34 años.*

Yo no odio a los niños, tengo sobrinos y los disfruto un ratito y luego les digo ¡ya váyanse con su mamá!, me molesta el llanto y más si es berrinche, pero no es que los odie; por ejemplo, si maltratan a un niño brinco y les digo ¡qué te pasa! Mi mamá llegó a cuidar niños y bebés y una vez me dejó a una bebé y empezó a llorar de la nada, yo no sabía qué hacer ¡fue muy desesperante! Lo curioso es que los niños me siguen. *Celia, 29 años.*

Caso contrario es el de Vanessa, Gina, y Julián, quienes de diferentes formas manifiestan un claro rechazo a los niños/as como se puede ver en los siguientes relatos:

Sinceramente hubo una época que hasta tuve fobia a los bebés, no me gustan. Antes me daban crisis de angustia al ver niños, sobre todo bebés. Es algo que traté en terapia con mi psicóloga y nunca lo desciframos, pero lo superé un poco apenas hace dos años que nació mi sobrina y que estuve cerca de ella, pero me costó un tiempo cargarla, nunca la he cuidado yo sola, pero me generaba angustia, me sudaban las manos, me daba taquicardia. *Vanessa, 32 años.*

Desde muy chavita no me han gustado los niños, yo creo que he cargado a un bebé como tres veces en mi vida. No los entiendo, se me hacen como extraterrestres, nunca me ha llamado la atención, ni se me hacen bonitos, ni me han dado ternura jamás. Conforme empiezas a crecer y sufrir la presión social, no puedes voltear a ver a un bebé porque dicen que ya quieres uno, y les he agarrado mucha repulsión, no me gustan. *Gina, 32 años.*

No me gustan los niños, no los tolero y no estoy dispuesto a criar ninguno, incluso ahorita vengo un poco molesto porque en el autobús me tocó un niño latoso, y con ganas de darle un puntapié, no al niño, sino a la mamá que no lo controla, me irritan mucho las madres o padres irresponsables que le dan rienda suelta a sus hijos. Mi personalidad es que soy muy seco en esas

cuestiones, no soy ni amistoso, ni amigable y mucho menos cariñoso con los niños, y yo no voy a mantener ni a cuidar niños porque no está en mi naturaleza. *Julián, 45 años.*

El embarazo me provoca miedo

Un aspecto que sólo fue observado en dos de las mujeres que participaron en el estudio, fue el *rechazo y temor al embarazo y el parto*, que en caso de Diana, es alimentado por la experiencia de su propia madre. En ambos testimonios se hace referencia al “miedo” que provoca el cambio del cuerpo, hecho que ha sido reportado por Peterson y Engwall (2013) en un estudio realizado con mujeres suecas sin hijos, señalando los temores ante la pérdida de control corporal, ya que la mujer se siente ajena a su propio cuerpo y a los cambios anatómicos y hormonales que conlleva un embarazo y el momento del parto, sobre todo en un contexto de atención médica institucional cuando el cuerpo es confiado al equipo de salud, lo cual despoja de poder a la mujer:

Un embarazo ¡no, no, me da hasta miedo! Incluso no soy de las que llego y toco la panza a las embarazadas, siento feo. Con mi hermana, por ejemplo, cuando estaba embarazada yo sentí feo cuando se levantaba la playera y le veía la panza ¡ay, no! *Vanessa, 32 años.*

El embarazo me provoca miedo, sería muy tormentoso, la panza, los pies hinchados, las náuseas, las visitas al médico, el hecho de quedarte acostada los últimos meses. El embarazo violenta el cuerpo porque cambia absolutamente todo, desde tus hormonas, los órganos empiezan pues a apretarse ¿no? y los cambios de humor, yo creo que eso es violento, es un factor externo que está violentando tu cuerpo. El parto me da mucho miedo. Dice mi mamá que yo fui parto natural, que fue muy doloroso, que es muy traumático y que te cortan y abren y que no te tratan muy bien las enfermeras, los médicos, me da mucho miedo el dolor que sentirás. *Diana, 23 años.*

En el caso de los hombres participantes un elemento que se suma a la toma de decisión de no tener descendencia, son las experiencias de *embarazos no deseados* de antiguas parejas, o aquellas relatadas por amigos cercanos, compañeros de trabajo o de escuela, las cuales permitieron reconocer situaciones conflictivas que derivan de tener hijos/as o que deben “soportarse” por el mismo hecho:

Tuve una novia y no sabíamos que estaba embarazada, por lo que no tuvo el cuidado necesario y tuvo una infección o algo así, entonces perdió al niño. Como se puso muy mal y su familia era muy especial, y digo, los entiendo, sí hubo una problemática muy grande con mi familia, muchos gastos. Después, en el ambiente en que estaba, un CONALEP, veía todos los problemas que tenían mis compañeros por embarazos, cuidado de hijos, entonces no se me formó una imagen muy grata de lo que era tener hijos, los problemas del kínder, los pañales. Llegué a sentir esa preocupación y ver cómo les va matando el día a día, entonces decidí que si no estoy listo para eso mejor me esterilizo. *Luis, 26 años.*

Veo en los amigos de mi edad que se embarazaron y se casaron, que tienen que aguantar a una mujer que no quieren y un trabajo que no les gusta para pagar pañales y leche. Mis amigos saben que estoy solo y me buscan, y el hecho de que tengan que escaparse de sus esposas para tener medio día para relajarse y quejarse de que se casaron con ella porque la embarazaron o quejarse de su trabajo, digo ¡qué bueno que yo no tendré que aguantar eso! *Oswaldo, 28 años.*

Yo empezaba a ver lo que pasaba a mi alrededor, compañeras en la universidad que se embarazaron y dejaron de estudiar, compañeros en los primeros trabajos que tenían que “soplarse” o aventarse horas extras o dobles turnos para darles de comer a sus recién nacidos o a sus primeros hijos. Yo tengo mis cosas, tengo mis actividades y dejar de estudiar o dejar

de prepararme por atender a un niño a esa edad, pues eso a mí no me llamaba la atención. *Santiago, 42 años.*

¿Un embarazo? ¡Ay, no! ¡Se me cae el mundo! (...) No, no lo asumiría, le daría opciones y que ella elija la que más le parezca. No sería un padre presente. *Enrique, 35 años.*

Dejar de engendrar acabaría con los males del planeta

Otros de los motivos que se mencionaron para no tener hijos/as fue la escasez de recursos naturales, la violencia cada vez más cruenta que se vive en México y en el mundo entero, y la orfandad en la que se encuentran muchos infantes. Y es que, ante la incapacidad de garantizar la seguridad de los hijos/as, a decir de los/as participantes, reproducirse representa un acto egoísta ya que los niños/as vienen a sufrir a un mundo caracterizado por la desigualdad económica y social que difícilmente cambiará:

Todos los recursos naturales ya se están acabando, es un problema muy grande y nunca me había puesto a reflexionar sobre esto, dejar de seguir engendrando hijos, biológicos al menos, podría acabar con muchos de los males del planeta. *Daniel, 29 años.*

Vivimos en un mundo con tanta sobrepoblación, con tanta gente, con tantos niños necesitados de amor que se me hace egoísta traer a un niño al mundo. Dicen “déjales un mejor planeta a tus hijos”, no “déjale mejores hijos a tu planeta”, y si no vas a asegurar eso pues mejor no les dejes nada. A nivel ambiental yo creo que sí hay un impacto, van a necesitarse más recursos, entonces pienso que si yo no tengo hijos por la gente que tiene tres, yo creo que sería como un equilibrio. *Diana, 23 años.*

De niña pasé frente a una casa hogar y le pregunté a mi mamá qué era y me explicó que era donde vivían los niños huérfanos, y en ese momento pensé que yo no me iba a embarazar. Yo crecí en un hogar acogedor, yo crecí teniendo a mi abuela y abuelo cuidándome, a mis tíos, a mi papá y mi mamá cuidándome, y me costó mucho imaginar que había alguien que no tenía lo que yo tenía. *Estefanía, 26 años.*

Cuando lo comenté con mis padres (la decisión de no tener hijos) tomaba como ejemplo todas las noticias que veíamos en la tele, de los niños que se pierden, o que son abusados sexualmente por familiares o por cualquier tipo de persona que se dedica a la religión, o no sé, también tomaba de ejemplo como maltrataban a los niños, que los dejaban encerrados o que los amarraban o que los trataban de corregir con golpes o quemaduras. *Santiago, 42 años.*

Pienso en los peligros del mundo, traer a un niño para que se enfrente a la violencia, los riesgos de los mismos pedófilos, secuestros, *bullying*, y la falta de trabajos, si ahorita nosotros estamos teniendo el problema de encontrar trabajo, recursos, escuelas, todo eso, en el futuro no va a ser mejor, la población no va disminuyendo, sigue aumentando y ya si te vas a aspectos macro, el terrorismo, la contaminación, el calentamiento global, es traerlos a este mundo difícil donde yo no puedo garantizarles que van a estar bien. *Dafne, 34 años.*

Yo creo que por la situación económica y la inseguridad en el mundo, países de primer mundo tienen problemas económicos bastante graves y el tener una familia o un gasto de alguien es innecesario; hay muchos conflictos, problemas de gobierno, siento que la sociedad está en un proceso de cambio radical y al final de cuentas me considero uno de estos grupos que se ha separado socialmente al decidir no tener hijos. *Leo, 26 años.*

No podría lidiar con un hijo de mala entraña

De manera interesante, Santiago, Dafne, Estefanía y Julián, refirieron entre sus motivos lo azaroso que puede ser traer un hijo al mundo y *la incertidumbre que provoca su estado de salud y el desarrollo de su comportamiento*, lo cual se convierte en una responsabilidad moral, ya que si bien madres y padres desempeñan un papel importante en el futuro de sus hijos/as, no es posible asegurar que aportarán algo benéfico a la sociedad; lo anterior sugiere en estos informantes una especie de sentimiento de culpabilidad que prefieren evitar:

Se derivan pensamientos como que uno no está seguro desde la concepción, si están bien, si vienen correctos ¿qué tal si se enferma? Si nace con una deficiencia o una enfermedad, uno no sabe qué va a pasar con ese hijo, si le gusta la marihuana, por mucho que lo eduque, por mucho que vaya por la rectitud, por mucho que le de las bases o las herramientas para que pueda salir adelante, al final esa persona o ese hijo va a tomar sus decisiones y si su decisión es que le gusta más ser narco que ser un doctor ¡pues mejor olvídale!. *Santiago, 42 años.*

La madre, desde que nace, toda la parte de la gestación, el parto y todo eso, es la influencia del niño y la que tiene que estar ahí, es toda la dedicación de tiempo y no importa lo que hagas te vas a equivocar, como madre eres el principal daño de los hijos, la persona que marca para futuros trastornos, rasgos, enfermedades, y eso es mucha responsabilidad. *Dafne, 34 años.*

Me di cuenta que no importa qué tanto me esfuerce como madre, porque a lo mejor engendro un violador o una asesina, una ladrona o algo así, un homofóbico, entonces dije, no me voy arriesgar, a lo mejor la criaturita es el próximo premio Nobel, pero ¿y si yo no lo estimulo de la manera adecuada y acaba mal? *Estefanía, 26 años.*

También he reflexionado que quizá uno puede lidiar con tener un hijo tonto, con un retraso mental o con una enfermedad congénita, pero yo no podría lidiar con un hijo de mala entraña, con un hijo malo, con un hijo criminal, ¿cómo podría yo lidiar con eso? tengo un código moral bastante estricto a pesar de que soy ateo y creo que mi código de moral y conducta es mucho más severo que el de muchos creyentes. Entonces por ese lado, creo que tener un hijo que se apartara de mis valores morales hubiera sido no sólo decepcionante, sino fuente de conflicto pensar “yo a este individuo lo traje al mundo y no puedo permitir que esté causando daño a los demás”. *Julián, 45 años.*

Empecé a volverme una persona idealista

En los relatos de Estefanía, Gina, Daniel y Dafne fue posible identificar la influencia de movimientos ideológicos y políticos como el feminismo, el veganismo y de las luchas por la conservación del medio ambiente. Esto representó un elemento clave para comenzar a reconocer las implicaciones y desigualdades sociales que conlleva la reproducción y por tanto comenzar a cuestionarlas. En seguida, describo algunos testimonios que lo mencionan de forma explícita:

Estoy involucrada en el feminismo, hago activismo en contra del acoso callejero, antes estaba metida en derechos de animales pero terminé saliendo de ahí, me olvidé de los animales cuando me enteré de lo que realmente le pasaba a la gente. El feminismo me hizo encontrar mi lugar, empecé a entender qué era lo que yo sentía que estaba mal, y me hizo darme cuenta lo que viciaba las relaciones entre mujeres y hombres. Yo era súper machista y tenía ideas misóginas, precisamente por los comentarios que oía de mi mamá; por ejemplo, si yo no quería barrer me decía “¡vas a ver las chingas que te va a poner tu marido!” yo decía ¡por qué las mujeres son tan estúpidas y se casan si ya saben que su marido se las va a chingar! Me fui adentrando en el feminismo por mi novio porque le interesa lo que tenga que

ver con el racismo y el sexismo, y conforme me fui adentrando y sensibilizando hacia toda la violencia que vivimos las mujeres, ahora se me hace irresponsable traer un niño al mundo. *Gina, 32 años.*

A los 20 años me hice vegana y empecé a ir mucho a protestas y me hice activista, empecé a volverme más idealista y empecé a leer muchas biografías, como las de Nelson Mandela, Martin Luther King, Gandhi, Malcom X, y me di cuenta de que todos tuvieron que sacrificar a su familia en algún punto, tuvieron que decidir luchar por lo que creían correcto o estar con su familia, y entonces me di cuenta que yo quería seguir luchando. Hacerme vegana me abrió muchas puertas, también empecé a unirme a los movimientos contra el racismo, me hice feminista, el veganismo fue mi puerta para ver que hay muchas cosas que quiero cambiar y en todas esas cosas, en algún punto, lo más recomendable es no tener hijos. *Estefanía, 26 años.*

Tuve la influencia de un grupo de *punk* de Estados Unidos que se llama *True Nature*, en sus letras hay una que habla de la sobrepoblación y el instinto de reproducirse a toda costa, una crítica hacia esta dinámica, y pues me sentí muy identificado y proyectado. Soy vegano y creo que los recursos son suficientes para la gente que está en este momento en el planeta, pero no son repartidos correctamente, pero si se deja de traer gente, muchos de los recursos renovables van a proliferar y se va a renovar el ecosistema. Es difícil porque yo no creo que ni el 5% de la población en todo el mundo vaya a dejar de tener hijos. Ahorita estoy involucrado con la que era mi pareja en un proyecto de consciencia menstrual y damos pláticas y retroalimentación; van chicas que hablan de sus experiencias con la menstruación y les ofrecemos alternativas, como copas menstruales y hacemos performance en las calles, vendemos comida vegana en tocadas, repartimos información, no somos un colectivo sino personas que trabajamos por afinidad. *Daniel, 29 años.*

Mi esposo y yo tenemos un claro enfoque hacia la conciencia del cuidado del ambiente, los dos nos involucramos activamente en cuestiones de cuidado de la naturaleza: reciclamos, no tenemos coche, andamos en bicicleta o transporte público, creemos que hay sobrepoblación y que traer más gente a este planeta lo único que va hacer es seguir dañándolo. Y también creemos en cuidar de los que ya están aquí, yo no necesito traer a alguien más, mejor apoyar a los que ya están y no tienen recursos, por eso apoyamos a fundaciones como *Children International* y a los animalitos también. *Dafne, 34 años.*

Hay que decir que todas las mujeres entrevistadas mostraron su cercanía con el pensamiento feminista, pero también algunos hombres, sobre todo al hablar de la distribución de roles en el espacio doméstico durante su infancia y la participación de los hombres en el cuidado de los hijos/as, como se describirá más adelante. Asimismo, debe señalarse que tanto el feminismo como el antiespecismo poseen características coincidentes, por ejemplo, promueven la toma de conciencia, el cuestionamiento de paradigmas, el valor de la diversidad y la pluralidad de pensamiento, la empatía con el/la otra, la lucha en contra de la desigualdad. En este punto donde convergen, y es que las mujeres al igual que los animales son consideradas objetos que sirven a diferentes fines. Dicha idea ha sido desarrollada por Carol J. Adams en su libro *The Sexual Politics of Meat: A Feminist-Vegetarian Critical Theory* (2015), quien en los años noventa señaló la interconexión entre el feminismo y el antiespecismo, el cual defiende los derechos de los animales y busca dar el mismo valor a todos los seres vivos, y es que el especismo ha provocado un distanciamiento que lleva a cometer actos violentos como manipular el cuerpo de otros animales, matarlos para arrancarles su carne, robarles su leche o despellejarlos para utilizar sus pieles en artículos de consumo humano.

Tener hijos es una trampa para las mujeres

El acercamiento de algunas participantes a la teoría feminista les ofreció herramientas para cuestionar y rechazar el binomio mujer – madre, así como la noción de instinto materno, siendo el mandato de género y las presiones socioculturales impuestas a las mujeres, lo que lleva a que se establezca una relación “natural” e indisoluble entre el ser mujer y la procreación. Sobre esto, Dafne, Gina y Estefanía expresaron:

Es una cuestión cultural en México donde el único papel valorado de la mujer, es el de madre. Siempre las mujeres hemos sido “mamá de” “esposa de” “hija de” “hermana de”, siempre relegadas a un segundo plano por la cuestión masculina. Pero cuando alguien dice “yo decido no ser madre”, que es mi único papel de mujer, lo que me hace ser mujer, es una aberración ¿Cómo una mujer voluntariamente no quiere ser madre? Si es lo único para lo que vales. *Dafne, 34 años.*

Yo creo que es presión, es más por vender una idea. Si ves mujeres que tienen hijos y están súper ilusionadas y creciste viendo que la felicidad la alcanzas el día que tienes a tu hijo y no conoces otros medios de llegar a la felicidad, pues entonces sí quiero hijos. Conozco a mujeres que me han dicho “si yo volviera a nacer, no tendría hijos. Los amo, los adoro, pero mi vida sería mejor sin ellos”. No creo que exista un reloj biológico en la evolución, del mismo modo que nos podemos aguantar el hambre, porque no tenemos dinero o por lo que sea, hay muchas cosas que hacemos que ya no corresponden a nuestra fisiología normal. Quizá sí haya un instinto natural de reproducción, pero está muy por debajo de un montón de capas de conocimiento que yo creo que ya no nos influencia en nuestro modo de actuar, creo que es pura presión social. *Estefanía, 26 años.*

El problema es que tener hijos se vuelve una trampa para las mujeres, no es tenerlos, sino lo que debes chingarte cuando lo haces; es una imposición y siento que las mujeres lo hacen porque no tienen acceso a tener armas políticas y económicas, se me hace triste. Conozco el caso de una amiga que está muy orgullosa de no tener hijos pero tiene cinco perros y los trata peor que si fueran bebés y no se trata de a huevo ser la mamá de alguien; si decides no tener hijos pues creo que debes tener claro que no es una carencia, no es un hueco que tienes que llenar. Querer a los animales es muy fácil, no te contradicen, no te van a retar jamás como lo haría una persona, es muy fácil involucrarse con un animal. *Gina, 33 años.*

El testimonio anterior nos introduce a un planteamiento interesante que se ha esbozado en otras investigaciones y que se identificó en las participantes al hablar de la idea de instinto materno, pues lo asociaron con la relación que mantienen con animales domésticos o de compañía como los perros, como observa en seguida:

Creo que sí es algo que las mujeres tenemos, es parte de nuestra naturaleza, hasta en los animales está la parte de reproducirse, pero no sé, siento que hay personas que lo tienen más fuerte que otros. Yo me he dado cuenta que muchas de las rescatistas que conozco no quieren hijos y tienen muchos perros o gatos, veo que es una constante en este ambiente animalista, de algún modo sacamos nuestro instinto maternal con los animales y no queremos tener hijos humanos, pero con los animales cubrimos la necesidad de sacar adelante a algún ser. *Vanessa, 32 años.*

Instinto materno yo no lo llamaría, sino un instinto de protección a los más débiles. A mí me pasa con los animales y también con las personas que tienen problemas ¿no? me acerco por ese instinto de protección, yo lo llamaría así. A mí me gustan mucho los animales, son mi debilidad, y siento que yo ya le estoy dando amor a seres que lo necesitan. *Diana, 23 años.*

Pues al final somos primates, somos grandes simios y tenemos una tendencia innata a las relaciones, nos encariñamos fácil y no somos seres solitarios. Creo que hay que entender que existe gente que está sola y que es feliz, pero también hay gente que tiene que satisfacer eso de otras formas, no sólo con los humanos sino con perros, gatos, conejos. Al final lo importante es formar lazos, no por nada los perros también nos consideran de su manada, aunque no seamos de la misma especie. *Estefanía, 26 años.*

Los testimonios nos permiten pensar en el “instinto materno” como una fuerza que lleva al cuidado del otro, aquel que se encuentra en una situación vulnerable, a la generación de lazos entre seres vivos. Esto es importante pues, si bien dicho instinto ha sido asociado al esencialismo de género al considerar que son las mujeres quienes poseen una biología particular que las remite a la procreación y el cuidado, a expresar su empatía, apoyo y afecto, también nos remite a lo que desarrolló Donna Haraway en su obra *The Companion Species Manifesto: Dogs, People, and Significant Otherness* en la cual enfatiza que los seres no existen como entes independientes, sino sólo en relación. “Hoy los animales nos “aclaman”, a través de nuestras ideológicamente cargadas narrativas sobre sus vidas, para dar cuenta de los regímenes en los que ellos y nosotros debemos vivir. Nosotros los “aclamamos” dentro de nuestros constructos de naturaleza y cultura (...) vivimos unos con otros en carne y hueso, de maneras no agotadas por nuestras ideologías” (Haraway, 2017,16).

La sociedad fomenta la reproducción

La cultura de la procreación, conformada por una serie de visiones culturales – esencialistas, biologicistas, reduccionistas– coloca a la reproducción como un eje vertebral de la vida de los seres humanos. En el caso de las mujeres su efecto resulta más evidente, ya que, aunque su elección sea no tener hijos/as, siguen estando vinculadas a la posibilidad ser madres. Dicha cultura participa en el ciclo económico, en el sistema de salud, en las representaciones sociales de la

maternidad y la paternidad, mantiene el sistema sexo/género, su rechazo se convierte en un tema tabú. Al respecto, los siguientes relatos dejan ver lo contradictorio que representa para las mujeres ser madre e incorporarse al ámbito laboral o académico, ya que socialmente se valora la figura de la madre pero no se generan las condiciones necesarias para que las mujeres puedan incorporarse al trabajo sin dejar de lado la crianza y cuidado de sus hijos/as, asimismo se mencionan los beneficios sociales y económicos que adquieren aquellas mujeres que son madres, mostrando un lugar de desventaja para aquellas que han elegido no tener descendencia:

En los pocos trabajos que he tenido siempre me preguntan ¿Quieres tener hijos? ¿Estás planeando embarazarte pronto? Porque también es un negocio, es una empresa, entonces hay que ver costos y beneficios. En el mundo capitalista en que vivimos pues es importante el dinero, entonces yo creo que también eso ha influido en que las mujeres retrasen su maternidad o en pensar en no serlo. Pero es muy contradictorio porque las personas ven a los hijos como como lo máximo, pero al mismo tiempo es una barrera para un mundo productivo. *Diana, 23 años.*

Beneficios sociales hay muchísimos, esta sociedad está construida para fomentar la reproducción y fomentar que tengas hijos, desde los descuentos a las madres, todo lo que te regresan de impuestos por cosas de los hijos como la colegiatura, hay subsidios, apoyos gubernamentales, dinero, muchas cosas que apoyan a las personas que tienen hijos y que dejan de lado a la gente que no tenemos hijos, sea voluntaria o involuntariamente. No importa si los planeaste, si tienes una educación o cultura suficiente para transmitir y que tus hijos crezcan y puedan estar mejor que tú ¡no importa, tú ten hijos! Eres adolescente ¡no importa! Ten hijos, sé madre soltera y te damos dinero, son esa serie de cosas donde hay un gran apoyo e incluso exigencia a tener hijos. Pero creo que también en los hombres está la expectativa de que la única manera en que vas a ser un hombre de bien es

teniendo un trabajo exitoso, teniendo tu casa, teniendo un coche del año, y a tu esposa y tus chamacos y tu perro, igual para las mujeres. *Dafne, 34 años.*

Hay una presión social muy cañona, sobre todo en las mujeres, los medios, la cultura, la sociedad, nos meten mucho esa idea de que la felicidad es tener hijos y si no tienes hijos eres un fracaso, y la verdad creo que la mayoría de las ocasiones la gente tiene hijos por la presión de creer que ese es el camino a la felicidad. Hay demasiada presión para que la gente tenga hijos, yo tenía 19 años y me quise operar y nadie me operó, pero si una chava de 19 años se embaraza, la gente no la presiona con “¡qué tal si primero terminas la escuela!”, hasta felicitamos a la gente cuando se embaraza y eso me parece ridículo, realmente tener relaciones sexuales es de lo más fácil, felicitála cuando su hijo sea una persona de bien, cuando realmente se esforzó por criar a un hijo, pero felicitar por sólo estar embarazada, es una muestra de que creemos que el solo hecho de traer al mundo a un hijo es un éxito. *Estefanía, 26 años.*

La cultura de la procreación se nutre de imágenes donde se alude a los aspectos positivos de la maternidad y la paternidad, es un esquema de vida deseable caracterizado por ideas de satisfacción, se presenta como un hecho que no admite cuestionamientos pues está seguro en la vida de hombres y mujeres y garantiza la realización de cada uno. Por tanto, quienes eligen no tener descendencia son representados desde el descrédito, se les nombra a través de palabras despectivas, son vistos desde la carencia, puesto que no hay imágenes favorables que puedan representarlos. Al indagar sobre la percepción social de dicho grupo, las/os entrevistados explicaron:

Amasadas, solteronas, histéricas, mal cogidas, básicamente eso, fracasadas. Nos ven mal, o sea el hecho de que constantemente se me cuestione por qué no quiero hijos, pero no importa si voy por una maestría, un doctorado o una segunda especialidad, a la gente que tiene hijos no la

presionan, no les preguntan si van a hacer una carrera universitaria, una promoción en el trabajo, viajar, nuestro concepto máximo de éxito y de la superación personal es tener hijos, si no tienes hijos ya eres un fracaso. A las que decidimos hacer a un lado la parte maternal se nos presiona, pero a las que dejaron la parte profesional o académica no se les presiona. *Estefanía, 26 años.*

La mayoría de la gente me ve a mi edad y sin hijos y empiezo a generar miradas de compasión, piensan “seguro no pudo”, porque a nadie le cruza por la mente que quizá no quiero tener hijos. Me voltean a ver con cara de “pobrecita” o de “está loca” o de “te vas arrepentir” o de “todavía estás a tiempo, todavía no te secas por dentro”. Es un poquito diferente para los hombres en el sentido de que si un hombre no está casado y con hijos, la gente podría llegar a asumir que tiene hijos por ahí o que es un mujeriego o es gay. *Dafne, 34 años.*

Vives en un limbo social, porque una mujer de mi edad sin hijos no tiene un lugar, no eres ni señora, ni señorita, ni eres muy grande, ni muy joven, no sé, estás como volando. Siempre te preguntan si estás loca, traumada, o qué te hicieron tus papás. Si un hombre dice que no quiere tener hijos es un inalcanzable ¿no? nadie lo pescó. Pero una mujer es sospechosa ¿por qué nadie quiso tener hijos con ella? Me da la impresión que tener un hijo es cumplir con una cuota, no importa si lo cuidas bien, ya lo tuviste y ya cumpliste. La gente te ve como una versión deslucida de ti misma, como que no alcanzas tu potencial, hay amigas que me dicen “es que tú debes tener hijos, eres una muy buena persona, eres muy inteligente” y ya se volvió una obligación ¡tienes que componer al mundo teniendo hijos! *Gina, 33 años.*

El testimonio anterior es interesante y remite al controvertido estudio realizado por el psicólogo evolutivo Satoshi Kanazawa de la *London School of Economics*, quien en su libro *The Intelligence Paradox: Why the Intelligent Choice Isn't Always the*

Smart One analizó los datos del *National Child Development Study* del Reino Unido y descubrió que cuanto mayor es la inteligencia de una mujer y un hombre, menos probable es que tenga descendencia. Kanazawa explica para la revista *The Economist* que las personas inteligentes tienen más probabilidades de adquirir y adoptar preferencias y valores evolutivamente novedosos, es decir, es más probable que reconozcan y desarrollen gustos por cosas que nuestros ancestros no tenían. Por tanto, considerando que el éxito reproductivo es el objetivo final de todos los organismos vivos, las mujeres y hombres más inteligentes tienen mayores probabilidades de ir en contra de este diseño evolutivo. Es importante decir que, a diferencia de los hombres más inteligentes, las mujeres terminan teniendo menos éxito en su decisión de tener menos hijos. Es por ello que afirma que las mujeres inteligentes son las peores madres, simplemente porque tienen menos interés en convertirse en madres en primer lugar (Kanasawa, 2012).

Como se señaló en los testimonios anteriores, a las mujeres se les cuestiona mucho más la decisión de no procrear, ya que en el imaginario social la reproducción es aquello inherente a las mujeres, la posibilidad de dar vida es la característica diferenciadora con los hombres, generando con ello una serie de expectativas sociales que deben ser cumplidas, ya que como hemos revisado a lo largo de esta investigación, no sólo se aprecia el hecho de convertirse en madre, sino en una buena madre, aquella que muestra abnegación y sacrificio por sus hijos/as. En los siguientes relatos los participantes reconocen los prejuicios hacia las mujeres que no tienen descendencia y abordan los cuestionamientos que ellos enfrentan:

Para los hombres creo que la crítica es mucho más leve que para las mujeres porque vivimos en una sociedad machista, en un patriarcado que nos limita muchas cosas y nos dice cómo actuar, los hombres se ven menos afectados que las mujeres, pero igual se les critica “¡cómo no va a querer tener hijos!”. Existe mucho desconocimiento y creo que es chido compartir la experiencia, vivo con dos amigos y uno ya se realizó la vasectomía y no tiene hijos, no sé

si por mi influencia, y otro amigo me preguntó si cambiaba algo o disminuía mi virilidad. *Daniel, 29 años.*

Yo creo que sí nos perciben como gente que se va arrepentir, como gente que tomó una muy mala decisión o que les va ir mal cuando estén grandes. Y yo creo que para las mujeres es muy difícil, no sé si sea algo psicológico por su naturaleza, porque realmente la mujer es la que procrea al hijo, y es mucho más escandaloso para una mujer que para un hombre. *Leo, 26 años.*

Definitivamente hay todavía muchos estigmas, muchos tabúes, que hacen pensar que si una mujer no tiene hijos no se realiza, ese es uno de los argumentos que más escucho y me parece muy estúpido. Y también pasa que creen que los hombres que no tienen hijos no han puesto a prueba su virilidad. Para muchos hombres el tener hijos ni siquiera es una cuestión de convicción, es simplemente demostrar que son muy machos, lo mismo pasa con las borracheras. Además, ya no importa si el varón está casado o no, eso ya es irrelevante, lo que tienen que demostrar es que son tan machos como para embarazar a una mujer y además se jactan de ello como si fuera una proeza, un acto heroico. *Julián, 45 años.*

Me han tocado trabajos donde que estés casado y con hijos indica que eres una persona responsable y me han rechazado por eso, porque buscan alguien casado o en unión libre y con hijos porque creen que se comprometen más con el trabajo. *Oswaldo, 28 años.*

He tenido cortejos donde me preguntan “¿Oye y tienes hijos?” y cuando les dices que no, te dicen “entonces eres un irresponsable” y dices ¿por qué irresponsable? Yo trabajo, tengo mis cosas, viajo, y si no eres un irresponsable, eres un inmaduro, o te dicen “¿no eres gay?” Las mujeres que no tienen hijos son más atacadas, si no has tenido hijos es porque seguramente vas a andar de piruja o vas a andar con medio mundo, o eres

una frígida o tú no sirves para mujer, un buen de agresiones. *Santiago, 42 años.*

La familia como fuente de modelos

Mi madre decía “ya lo pagarás cuando tengas hijos”

En el análisis de las entrevistas uno de los elementos que en retrospectiva resultaron más significativos para el grupo de participantes fue lo relacionado con la familia, siendo la socialización y el vínculo con la madre y el padre un aspecto fundamental para elegir una vida sin hijos/as pues les permitió experimentar las diferentes tensiones implicadas en la crianza, pero también, los llevó a cuestionar su aprendizaje sobre la maternidad y la paternidad. En el caso de las mujeres, la figura de la madre fue determinante ya que desde la niñez observaron las “desventajas” que sus madres tuvieron por tener que dedicarse de tiempo completo al cuidado de los hijos/as. Los siguientes testimonios reflejan la importancia que tiene para las participantes romper con los esquemas heredados, con ese modelo de mujer-madre-cuidadora que les resulta incompatible con su proyecto de vida:

Una cosa que me influyó considerablemente es que mi madre siempre me decía “ya lo pagarás cuando tengas hijos”, lo decía cuando yo me portaba mal o era ingobernable. Mi mamá se quejaba mucho de todo lo que ella había dejado por cuidarnos a nosotros, si de repente no salía o no tenía amigas, era porque había dejado todo por cuidarnos, si ella no podía estudiar era porque tenía que cuidar a mi hermana y yo creo que eso tuvo el efecto de ponerme a pensar en lo que implica tener hijos. Honestamente mi mamá no fue muy buena mamá, si ella se hubiera dado cuenta de que tenía derecho a elegir probablemente no hubiera tenido hijos, lo cual hubiera sido bastante bueno porque nunca fue maternal, no fue de esas madres que abrazan, que quieren, que apoyan, era muy rígida, muy seca, no era cálida como madre. Uno puede aprender de las cosas que no debe hacer, pero creo que sólo

podemos dar aquello que tenemos, y si eso es lo que yo traigo de maternaje, irremediablemente terminaría repitiendo patrones y terminaría siendo como mi mamá. *Dafne, 34 años.*

Cuando yo era muy niña, recuerdo que mi mamá tenía esa típica frase de “ya lo pagarás con tus hijos” y todo el tiempo me decía eso y yo pensaba ¡pues qué tontas las mujeres! ¿Por qué tienen hijos? o sea no tienes hijos y no pagas nada ¿no? Y yo me quedé con eso. Aparte siempre fui muy consciente de la forma en que las mujeres a mi alrededor vivían, y desde que yo estaba muy chavita se me hacía injusto que yo veía a mis tías, a mi mamá, siendo amas de casa y mi papá y mis tíos salían todos los días de traje, bien vestidos, perfumados, iban a una oficina, tenían vida social, y yo siempre me preguntaba ¿por qué las mujeres quieren esto? ¿por qué tienen hijos? También una de las cosas por las que no quiero tener hijos es que mi familia tiene un *background* de violencia, mi bisabuela maltrataba a mi abuela y ella a mi mamá, y mi mamá pudo romper ese ciclo y la verdad eso se me hace admirable. Mi mamá era distante, no me maltrataba, no me pegaba, creo que era muy buena mamá y nos cuidaba mucho, me infundía mucha confianza me decía “puedes hacer lo que tú quieras, eres muy inteligente”, pero siento que no me daba amor ¿sabes? No sabía cómo dar amor. Entonces siento que si yo no tengo hijos se rompe ese ciclo de violencia que vengo cargando sin querer. *Gina, 32 años.*

Como en tercero de secundaria yo empecé a pensar qué es lo que quería hacer de mi vida, y no lo tenía muy claro en ese entonces, pero mi mamá siempre me educó con la idea de que “tú vas a ser mamá, vas a tener que dedicarte cien por ciento a tu hijo, hay que cuidarlo, hay que estar con él, mínimo 15 años”, entonces yo dije ¡no quiero ser mamá y estar con mi hijo cien por ciento 15 años!, yo quiero ser juez o ser ministro o quiero ser algo más allá de un ama de casa. *Diana, 23 años.*

En un contexto donde las luchas feministas han posibilitado que las mujeres desarrollen actividades lejos del ámbito privado y que la maternidad admita diversas experiencias y significados, que pueda elegirse ser madre o no, vemos que las participantes en la investigación priorizan las actividades académicas y laborales posicionándolas como características positivas y deseables en una mujer, ya que justo son el desarrollo profesional y la independencia afectiva y económica, los aspectos que en muchos casos no gozaron sus propias madres. Además, se aborda la dificultad para compatibilizar ser madre con el proyecto profesional, ya que la maternidad representa un obstáculo:

Desde que era niña nunca me llamó la atención jugar con muñecas y ese tipo de cosas, cuando tenía 15 años fue cuando empezaron estas ideas de que te vas a casar y vas a tener hijos, y pensé “¡híjole! yo creo que a mí eso no me gusta”. Siempre tuve una inclinación académica, por el estudio, saber cosas, trabajar, ser independiente. De las cualidades que admiro de una mujer, es no estar sujeta a las expectativas de la sociedad, que las cosas que decide sean por ella, algunas cosas se alinearán a lo que es socialmente aceptable, pero que no lo decida porque es lo que debe de ser, porque es lo que sigue, o porque es lo que se ha hecho siempre. *Dafne, 34 años.*

Mi mamá se dedica completamente al hogar desde siempre. Yo no veo a mi mamá como un ejemplo, la admiro y la quiero mucho porque fue una buena mamá, nos crio con mucho cariño, pero ahorita que ya estamos grandes ella busca un sentido para su propia vida. Yo la quiero, la amo, es mi madre, pero no es un ejemplo como mujer, yo no quiero ser así. Cuando entré a la carrera de derecho y me puse a ver que para ser juez hay que trabajar más de 12 horas y hay que hacer muchos sacrificios, decidí que no podía tener hijos porque quiero darles educación, quiero quererlos y estar con ellos, y no iba a poder; tampoco voy a amargarme para darle algo a alguien más ¿no? Yo veo a mis compañeros que sus mamás trabajan y veo que necesitan mucho cariño y mucha atención. No soy una persona que pueda hacer dos cosas a

la vez, me cuesta mucho trabajo y un hijo no es cualquier cosa. *Diana, 23 años.*

Definitivamente tendría que dejar muchas cosas para tener un hijo, yo no creo que podamos tenerlo todo, como dicen “el que a dos amos sirve, con uno –o con los dos– queda mal”, entonces o quedas mal en el trabajo porque a cada rato te vas porque el niño se enfermó, porque te hablan de la escuela porque se peleó, o tienes un niño abandonado, entonces yo tendría que ser consciente y dejar de trabajar para dedicarme a un niño, porque si vas hacerlo, hazlo bien, no a medias. No dudo que haya gente que pueda hacerlo, pero de los casos que a mí me ha tocado ver de cerca, siempre uno de los dos aspectos es más descuidado que el otro, y muchas veces y la mayoría, son los hijos. *Dafne, 34 años.*

En contra parte, otras/os reconocieron las enseñanzas de sus madres, así como el esfuerzo y trabajo invertido en la crianza. El relato de Julián, Celia y Vanessa nos remite a un modelo de maternidad intensiva en el que se aprecia el sacrificio y el cuidado constante, así como la priorización de los intereses de los hijos/as sobre los de las mujeres. En particular, los testimonios sugieren uno de los elementos que han sido señalados en otros estudios como motivo para rechazar la reproducción, esto es, la incertidumbre que produce no superar o igualar los estándares de sus propias madres (Hird y Abshoff, 2000):

Mi madre nos enseñó a ser autosuficientes y hacer todos los quehaceres domésticos, ella decía muy claro “aquí no hay sirvienta, todo se hace entre todos” y yo a la fecha sé cocinar, lavar, planchar, no necesito que alguien me haga las cosas, y como sé hacerlo soy muy exigente con la persona que me ayude con la limpieza y les digo “¡yo sé cómo se hace, no me vengán con historias porque nomás barrieron por encimita!”. Tuve la ventaja de ser educado con igualdad de género en una época en la que ni siquiera estaba de moda ese concepto. *Julián, 45 años.*

Mi mamá nunca se quejó y siento que nos amó mucho a mi hermano y a mí, pero siento que pudo hacer muchas cosas, como trabajar, por ejemplo, tuvo la oportunidad de trabajar dentro del gobierno, pero era salir muy tarde y no lo hizo por nosotros. Jamás nos reclamó, porque de hecho mi hermano fue un niño muy deseado porque antes mi mamá tuvo un aborto y bueno después llegué yo, entonces siento que sacrificó mucho. Lo que admiro es que era luchona, cuando había escases en la casa se movía y nos sacaba adelante, yo soy más floja o más conformista, no sé, pero no me siento capaz de sacrificarme por una persona. *Cecilia, 29 años.*

Mi mamá siempre fue muy estricta pero accesible, fue la que manejaba los castigos y premios, podías dialogar con ella si algo no te parecía y decirle que era injusto, la verdad con mi mamá siempre he tenido buena relación. Mi mamá trabajó en Nacional Financiera y trabajaba todo el día, llegaba en la noche casi cuando yo estaba a punto de dormir, mi abuela era la que nos cuidaba. Si algo yo admiro en mi mamá es que siempre tuvo el tiempo para dedicarnos a mi hermana y a mí a pesar de que trabajaba, sí es un ejemplo en ese sentido; si yo quisiera tener hijos sería una figura muy importante porque además, antes de tener hijos, se preparó muchísimo, leyó mucho, tomó sus cursos con mi papá de todo lo que tenían que saber antes de tener hijos. *Vanessa, 32 años.*

A pesar de que se reconoce el trabajo realizado por las madres, es únicamente el que ellas desarrollaron en el ámbito público, ya que las labores domésticas no son valoradas, por el contrario, existe una especie de rechazo al considerarlas poco importantes, actividades secundarias. Esto también es posible verlo en el testimonio de Santiago, en el que se muestra las diferencias de género al valorar ciertos roles desempeñados por mujeres y hombres, ya que las actividades domésticas realizadas por su madre, le remiten a aquello que rechaza, es decir, sacrificar el tiempo y dejar los gustos personales por dedicarse al cuidado y educación de los

hijos/as. Por el contrario, a pesar de que tuvo una relación distante con su padre, se valora mucho más ya que representa el desarrollo profesional y económico:

Mi papá fue un muy buen padre, fue una persona que pocas veces estaba en la casa, y no porque no quisiera vernos, sino porque trabajaba mucho. Mi papá era definitivamente del siglo pasado, donde se la pasaba trabajando para que a nosotros nunca nos faltara nada. Esa es la idea que yo tengo de mi papá, pero cuando estaba con nosotros pues era día de fiesta, de estar con él y de platicar con él. Es más, había veces que mi papá me llevaba a su trabajo en la idea de convivir con él mientras hacía sus actividades. Yo le aprendí mucho, tanto de niño como de adolescente y de adulto, la forma de comportarse, la forma de hablar, la forma de dirigirse a la gente, ser educado, ser amable. Con mi mamá es otro cantar, como ama de casa pues siempre estuvo con nosotros, mi mamá no salía de casa a trabajar, es la típica mamá abnegada. Mi mamá es la que se quedaba en casa, nos lavaba, planchaba, hacía de comer, nos cuidaba, nos controlaba a todos, a mí y a mis hermanas, no podíamos hacer nada sin su permiso, y obviamente ella es la que ejercía mucha más presión en cuanto a nuestros estudios, nuestra forma de ser, de comportarnos, de cuidarnos de las malas amistades o de las malas personas.

Santiago, 42 años.

Mi papá nunca ha sido un modelo a seguir

El testimonio anterior nos introduce a la figura del padre, la cual cobra mayor importancia en el caso de los hombres entrevistados, aunque no únicamente, como se muestra en el testimonio de Dafne, ya que su padre estuvo presente durante su infancia, y para Diana, a diferencia de su madre, representó una figura de apoyo que estimuló sus ideas de independencia. Por su parte, Enrique y Julián presentan en su relato el rechazo a la figura de su padre y cómo esto los determinó a no seguir su ejemplo:

Mi papá era raro, cuando éramos niñas era muy afectuoso, la verdad era uno de esos papás que jugaban y todo, pero él quería niños chiquitos, y en el momento en que crecimos perdió todo el interés. *Dafne, 34 años.*

Mi papá, a pesar de que sí podría decir que es un poco machista, me ha inculcado mucho esa idea de “tú no tienes que depender de nadie, tú tienes que ser fuerte, tú tienes que salir adelante, eres mi hija y no le vas a ir a pedir nada a ningún güey que ande por ahí”. *Diana, 23 años.*

Mi papá nunca ha sido un modelo paternal a seguir, siempre ha sido distante, no ha sido mi ejemplo. Bueno, ha sido ejemplo, ¡pero de cómo no ser! He decidido hacer todo lo contrario a lo que él es, tomar todas las decisiones contrarias de las que él ha tomado. Mi papá no planea nada, toma decisiones muy precipitadas. Pero lo que al menos sí puedo reconocer es que me quiere mucho, igual que mi mamá, nunca me pegaron, pero fuera de eso, yo he tomado desde los 15 años mejores decisiones que ellos. *Enrique, 35 años.*

El caso de Julián es interesante ya que puede observarse la marcada influencia que en su decisión tuvo el comportamiento de los hombres más cercanos, incluido su padre, pues muestra una postura contundente ante esa suerte de destino donde todos los hombres son irresponsables con su vida sexual:

Mi rechazo a los hijos quizá también es porque en cierto modo tengo un estigma de que la mayor parte de los varones de mi familia son mujeriegos, embarazan mujeres y las dejan al garete, y eso nunca me ha parecido correcto. Mi progenitor es un individuo al que no conocí, mi hermana y yo somos hijos de un fulano que no conocimos, y ni ganas tengo de conocerlo. Mis otras dos hermanas son hijas de mi padrastro, él sí se ha comportado como un padre en toda la extensión de la palabra. Él trabajaba todo el día, pero el tiempo en que estaba en casa se dedicaba en cuerpo y alma a atendernos, como figura paterna fue muy comprometido y a la fecha le

reconozco y le debo respeto por la paternidad que manifestó con los que no somos sus hijos. Pero a pesar de que fue un buen ejemplo, no me lleva a querer imitar ese rol (...) en mi familia siempre consideraron que mi decisión de no tener hijos fue muy responsable porque se daban cuenta que la mayor parte de los varones de la familia son una bola de irresponsables, entonces yo creo que mis papás hasta se sentían orgullosos, quiero pensar que prefieren tener un hijo que no tuvo hijos irreflexivamente, a uno con hijos regados como la mayor parte de mis familiares. *Julián 45 años.*

Estaba dedicado a cuidar a mi hermana

En algunos de los entrevistados la decisión de no tener hijos/as también tuvo su origen en eventos de su infancia y adolescencia, como la responsabilidad del cuidado de los hermanos/as, experiencia que se tradujo en momentos de inseguridad y angustia debido a la falta de habilidades para hacerse cargo de ellos. Esto es relevante, ya que asumen roles de adultos dejando de lado aquellos que corresponden a su edad; esto es más frecuente en dinámicas familiares donde el padre o la madre deben ausentarse de casa. Y es que, aunque se reconoce que es importante involucrar a los hermanos/as mayores en el cuidado de los pequeños/as, los participantes consideran que los padres y madres debería ser los principales responsables del cuidado de los hijos/as. Sobre esto los testimonios más claros son los de Santiago y Julián:

Alrededor de los quince años parte de mi tiempo era dedicado a cuidar a mi hermana, que comiera bien, digo yo no le daba de comer, pero los cuidados que yo tenía era que después de comer repitiera, ya que nació con reflujo, tenía que cuidar que no volviera la comida. Mi mamá hacía los deberes de la casa y yo me encargaba de que durmiera o estuviera ella en su silla, su andadera, o su corral jugando, había veces que salía a la tienda y me la llevaba en los brazos. Tenía sentimientos encontrados, el primero era de incomodidad porque la que tenía que cuidarla era mi mamá ¿no? El segundo

sentimiento era de inseguridad, de que se me fuera a caer, de que le fuera a pasar algo y me echaran a mí la culpa, que empezara a caminar o que la cargara y se me resbalara o que pudiera lastimarla. Conforme avanzó el tiempo ella fue creciendo y prácticamente yo le ayudaba a hacer tareas, como estudiante también tenía lo mío y además tenía que hacer lo suyo. Había veces que mi mamá me decía “¿oye vas a salir? Sí ¿A dónde vas? Pues a casa de un amigo. Pues llévate a tu hermana” y al final de cuentas mi mamá entendió que no me la podía llevar a todos lados, entonces ahí ya fueron los sentimientos tanto de molestia como de injusticia. *Santiago, 42 años.*

Cuando yo tendría como diez años, la hermana que sigue de mí tendría como ocho o nueve, y luego la tercera tendría unos tres años, y la cuarta como año y medio, entonces a esa edad me tocó ayudarle a mi mamá a cambiarles los pañales, a darles el biberón, y desde esa edad temprana me di cuenta de que los niños no son una cuestión tan sencilla. Incluso recuerdo que hubo una época en que mi mamá tenía que salir a dar clases, ella era maestra y daba clases en la escuela normal, pero de siete a nueve de la noche daba clases en una escuela para trabajadores, entonces nos dejaba dos horas y aunque no era mucho tiempo, pues para un niño se le hace eterno. Yo desde pequeño empecé a leer toda clase de cosas, entonces en alguna parte leí sobre la muerte de cuna y me angustiaba mucho que a mis hermanas les fuera a pasar eso, todo el tiempo que yo me quedaba como responsable siempre estaba muy al pendiente de estarlas revisando en sus cunas, que respiraran, porque me daba pánico que les fuera a pasar algo en ausencia de mi mamá, y mi papá ya llegaba tarde. *Julián, 45 años.*

En los testimonios pudo encontrarse que, aunque no existe un factor determinante en el grupo que los lleva a elegir no tener hijos, hay ideas coincidentes entre los/as participantes y lo descrito en otros estudios —presentados en el capítulo dos de esta investigación— ya que los participantes consideran una reflexión contextual y situacional en la que intervienen factores como la solvencia económica,

preocupaciones ambientales, problemáticas sociales como la violencia, el rechazo a los mandatos de género, especialmente en el caso de las mujeres, y las dificultades para el desarrollo profesional y personal, fundamentalmente.

¡Quiero un nieto!

Al narrar sus experiencias de familia un punto en común en los relatos fue el sentido de trascendencia, la preservación del legado familiar, el apellido y los genes. Sin embargo, las mujeres y hombres participantes dejaron claro que la posibilidad de trascender estaba vinculada a las acciones realizadas en favor de los demás, es decir, actividades de altruismo, de sensibilización y educativas, al cuidado de la naturaleza, y de manera importante manifestaron que otra forma de apoyo sería a través de la adopción, dejando claro que la consanguinidad no es un valor importante en su esquema:

Mi papá cada mes me dice “¡yo quiero un nieto, un González! creo que para el hombre es importante el legado y el apellido dónde va a quedar ¿no? (...) Cuando comento que no quiero hijos pero que si me arrepiento adopto, me dicen “¿pero no te gustaría un niño con tus ojos y la cara de tu pareja?” eso es egoísta, el hecho de verte tú en una persona chiquita o decir es mi legado, tengo que trascender... hay maestros que trascienden en mí y no son mis padres ¿no? (...) Trascender en la sociedad es muy importante, yo creo que por lo mismo de esto del legado y esas cosas. La necesidad del ser humano de ser eternos ¿no? pero mi legado no sería que mi nombre estuviera en un salón o en un aula magna, ni en un auditorio, ni siquiera en un libro. Mi legado yo creo que sería pues hacer un mundo mejor ¿no? que las personas que me conozcan digan “esta chava es amable, es dadivosa, es amorosa, me gustaría seguir su ejemplo y ayudar a las demás personas”, eso me gustaría que fuera mi legado. *Diana, 23 años.*

Yo creo que lo más importante desde mi punto particular, es que cada uno trascienda con sus actos, con sus actividades, cómo trata a la vida que le rodea, cómo trata a la gente, por ejemplo, adoptar me parece que es darle la oportunidad a alguien que no la tiene, sería mi granito de arena con el mundo por así decirlo, si alguien ya la cagó y aventó un hijo y lo abandonó, pues ayudar a reparar ese daño. *Oswaldo, 28 años.*

Mucha gente tiene esta idea de dejar sus genes, que mi apellido siga perdurando en la sociedad y se me hace bastante tonto. Mi legado o descendencia es hacer más por las causas que yo considero pueden ayudar este mundo, por mis posturas políticas, mis acciones, como el veganismo, en este momento me interesa mucho el movimiento anti natalista, hablar con la gente. *Daniel, 29 años.*

Creo que en primera porque es naturaleza, de la manera biológica es como la especie sobrevive, reproduciéndose, y al final de cuentas es el sentido de la vida biológica, pasar tus genes y eso pasa a la evolución y eso es lo que ayuda a que la especie prospere, es el modo de dejar tu legado, tu presencia en el mundo, tu apellido, tus recuerdos. Sería padre tener algo por lo que se te recuerde, no solamente hijos, pero para mí cuando estás muerto pues todo se acabó, lo que pudiste disfrutar en tu vida es lo único que cuenta. Para mí el legado es hacer algo por mí mismo, buscar éxito o algo que me reconozcan, no le veo caso tener un hijo para hacerme notar o dejar algo de mi persona. *Santiago, 42 años.*

Pues es cierto, definitivamente un hijo te va hacer trascender. Hace muchos años alguien tuvo un hijo que a su vez tuvo hijos que llegaron a mí, yo oigo muchas historias de mi familia. Pero hay otros modos de trascender, por ejemplo, yo que también soy profesora, sé que trasciendo porque algunos han aprendido algo de mí y pueden seguir enseñándolo. *Estefanía, 26 años.*

Yo creo que hay muy pocos individuos en la historia de la humanidad que reconocen claramente que su finalidad en este mundo no es la trascendencia a través de la procreación, porque somos prácticamente fenómenos, no estamos cumpliendo el objetivo primordial de nuestra biología. Yo no puedo ir por el mundo tratando de convencer que mi punto de vista es el correcto, porque hay gente que sí necesita esa trascendencia, la desea, sufre cuando no la tiene, como el caso de las parejas que no pueden tener hijos y tienen que recurrir a toda clase de métodos y demás. Yo creo que es parte de la genética, yo traigo el gen de no hijos. *Julián, 45 años.*

Una vida sin hijos/as por elección

Es mi realización como persona, mi libertad

Como se ha revisado, existe un descrédito para quienes deciden no reproducirse, en el que el arrepentimiento y el egoísmo son aspectos que suelen imputárseles, ya que los motivos para esta elección resultan incomprensibles y tiende a pensarse que sólo buscan invertir su tiempo y recursos económicos en cosas “triviales” en las que el centro de interés es la satisfacción personal y no la conformación de una familia. Para las mujeres y hombres que participaron en esta investigación un modelo de vida sin hijos/as se describe a través de ventajas, como la reducción de presiones económicas, el fortalecimiento del vínculo de pareja, el desarrollo académico y laboral, la posibilidad de cambiar de residencia o realizar viajes, la ausencia de complicaciones, compromisos o responsabilidades, es decir, la vida sin hijos/as brinda un sentido de libertad. Lo anterior podemos verlo en los siguientes testimonios:

Para mí mi libertad es mi realización como persona, porque ya cuando tienes hijos es más difícil viajar, cambiarte de trabajo a otro estado u otro país, necesitas amarrarte un poco más. O necesitas tiempo, los hijos requieren cuidado desde temprana edad, y si quieres meterte a un curso, una maestría,

te resulta complicado. Los beneficios son disfrutarme más como persona, desarrollar mis habilidades, mi profesionalismo, y disfrutar más a mi pareja. *Leo, 26 años.*

Para mí lo que esta vida sin hijos ofrece es que yo estoy con mi pareja y mi pareja está conmigo porque realmente queremos estar juntos, no por un hijo o por responsabilidades, estamos juntos porque lo deseamos y no nos ata más que eso. No tener hijos nos da mucho tiempo y hace fácil las decisiones, podemos un miércoles irnos al cine a las diez de la noche, hacer una fiesta, tener esa libertad de no estar atado a la agenda de alguien más. Nos permite dedicarnos a seguir estudiando, tanto mi esposo como yo constantemente estamos estudiando, él ahorita está haciendo su maestría, yo ya hice la mía, hacemos diplomados, cursos, lo que encontremos. Nos da la oportunidad de tener un trabajo de tiempo completo los dos y desarrollarnos profesionalmente. Nos permite gastar en otras cosas, nos compramos cosas que son de nuestros *hobbies*, viajamos, tenemos esa libertad económica, vamos a comer a los restaurantes que queremos, somos considerablemente libres. Otra cosa importante es que no tenemos que hacer un patrimonio, hay que romper un poquito con la idea que te meten de “haz tu patrimonio, compra tu casa, porque tienes que heredarle algo a tus hijos”, nosotros no, podemos vivir en un camper y ni a quién le importe. *Dafne, 34 años.*

Las ventajas van desde dormir, hasta hacer lo que a mí me guste, ejercicio, lectura, viajes, cine, etcétera. Creo yo que la ventaja de ser una persona sin hijos no tiene que ver necesariamente con la posición económica sino la facultad de poder vivir, de poder hacer lo que tú quieres, o en su defecto, si estás pasando por una deficiencia económica, familiar, laboral, pues no traes a nadie arrastrando. Yo como capacitador y como parte de una empresa cuando una persona está embarazada yo empiezo “¡uy, cuidado! ya va a empezar a pedir días” y me dicen “¡pero es que va a ser mamá! ¿y eso qué? ya nos dejó la chamba tirada, hay que sacar el objetivo y hay que buscar a

su reemplazo”. Entonces puedo organizar perfectamente bien mis horarios porque nadie depende de mí, tengo mi tiempo. *Santiago, 42 años.*

La libertad, si un día yo agarro y digo que ya estoy harta de mi trabajo y prefiero vivir en la calle que seguir soportando a mi jefe, lo voy a poder hacer, con un hijo no se puede y ¡no voy a meter en problemas a un niño por mi berrinche! Mi meta es ayudar, en lo profesional seguir educando a las personas en una cultura de no violencia machista, homofóbica, especista, me gustaría publicar libros, soy profesora, me gustaría tener un restaurante vegano, porque soy vegana y todos los veganos fantaseamos con eso, me gustaría tener un santuario para animales, donar a la reforestación, mi idea es dedicarme de lleno a satisfacerme a mí. *Estefanía, 26 años.*

Una de las ventajas de no tener hijos es que puedo hacer lo que me gusta, que en este caso es la corrección de textos y la impartición de cursos, y hacerlo cuando yo quiera, porque yo soy de los que si hoy amanecí sin ganas me quedo en mi casa dormido todo el día, no soy de los que madruga, y el no tener hijos me permite llevar un estilo de vida tranquilo. No busco el dinero ni los bienes materiales, a la fecha no sé manejar, ni pienso jamás comprar un vehículo, no tengo casa propia ni pretendo comprar una, prefiero alquilar porque el día que me aburro del lugar o me cae gordo el vecino, entrego las llaves y busco otro lugar, ya me he cambiado 16 veces, he vivido en cuatro diferentes estados y voy por más, es una ventaja no tener hijos. ¿Qué no quiero en mi vida? Complicarme, por eso no trabajo en una oficina, porque no sería capaz de lidiar con compañeros de trabajo o jefes inútiles, con horarios, con el tráfico, dejé de vivir en la Ciudad de México porque me irrita tanta gente, por eso prefiero vivir en provincia, porque es más tranquilo, mi estilo de vida está ajustado a vivir de manera tranquila, y es la ventaja de no tener hijos y no mantener a nadie. *Julián, 45 años.*

Los childfree

Como se revisó antes, la emergencia de grupos *childfree* se ubica en los años setenta en Estados Unidos cuando comienza a pugnarse por el reconocimiento de aquellas mujeres y hombres que no desean tener descendencia mostrando que puede existir un modo de vida diferente a lo socialmente establecido. En la actualidad, estas ideas se han diseminado en diferentes países gracias al alcance de las redes sociales, lo que ha permitido la definición de conceptos y formas de identificación, ya que este grupo comienza a ser descrito a través del término *childless*. No obstante, para eliminar la estigmatización, se opta por el término *childfree*, lo que habla de una decisión de no reproducirse que no deriva de una imposibilidad biológica. Un poco de esto, así como las percepciones sobre los grupos *childfree*, es explicado por los/as participantes a continuación:

Childfree son los que no quieren tener hijos y *childless* los que no pueden por algo. Pero *childfree* está enfocado a la gente que tiene un estilo de vida más acaudalado, que disfruta de no tener hijos y se va a vacacionar o se compra un coche y cosas así, no me identifico tanto porque yo tengo un modo de vida más modesto. *Gina, 33 años.*

Hay una característica primordial, que es exactamente estar libre de hijos, entonces creo que lo que compartimos es evitar la convivencia con hijos, con hijos de parejas, hasta con niños de nuestra propia familia. Yo me identifico principalmente con ellos por eso y porque en realidad los *childfree* nos dedicamos a lo que nos parezca mejor. *Santiago, 42 años*

Creo que el concepto de *childfree* reitera la norma de tener hijos, como estos son tan raros merecen un nombre "los *childfree*", eso me molesta; realmente no necesitas nombre, yo soy alguien que tomó una decisión y tú que tienes hijos eres alguien que tomó otra decisión y no más. *Estefanía, 26 años.*

Los *childfree* son como estos nuevos matrimonios o parejas que optan por no tener hijos y disfrutarse, porque ya todo tiene que tener un nombre para que te cataloguen de tal forma, tú encajas en esto, y bueno eso sirve porque por afinidad buscas en internet gente que se identifica con algo y puedes interactuar y hacer bastantes cosas. *Daniel, 29 años.*

El *childless* sí habla de una carencia y debería ser utilizado únicamente para las personas que querían tener hijos y no pudieron, y *childfree* es un término que sí se puede usar para los que no queremos tener hijos, estoy libre de hijos. Y más que nada es como tener una bandera, un nombre, que podamos juntarnos y saber que hay una comunidad, que no estás solo, creo que poder nombrar las cosas permite que se les dé un respeto. Los que no tenemos hijos, los que decidimos no tener hijos, no tenemos un nombre, por lo tanto, no somos sujetos de derecho y por eso no podemos exigir “oye yo vengo a exigir mi derecho de una esterilización voluntaria sin hijos” porque no existimos, no somos reconocidos ante la sociedad. *Dafne, 34 años.*

Encontrar un lugar en el mundo, una identificación que permita validar las ideas, esto es lo que genera el acercamiento a través de redes sociales a otras experiencias que comparten el rechazo a la procreación. Lo anterior es interesante y queda expresado con mucha claridad en los siguientes testimonios:

Antes pensaba ¿estoy mal? ¿soy una egoísta? o algo así, pero gracias a las páginas de Facebook y ya conociendo a otras personas, obviamente con motivos distintos, todos tienen esa idea de no tener hijos y sí me siento parte de algo, digo ¡ay, qué bonito! *Celia, 29 años.*

Por redes sociales me apareció un post que decía “¡Arriba *childfree!*”, me metí a la página y dije ¡Wow! es una comunidad de personas. Entonces me puse a investigar el concepto en internet y descubrí que era un fenómeno social y dije bueno entonces no estoy tan loco como yo creía, no es una

decisión tan rara, y veo que sí es como un fenómeno mundial ahorita. Vi que estaba interesante y me sentí más a gusto con mi decisión, más en México que es muy apegado a la familia, los hijos, el orgullo, el honor, entonces sí queda algo en el subconsciente de decir “a ver si no la estoy regando”. *Leo, 26 años*

Cuando siento que no quiero ser padre y la paternidad no me llama, pues me siento extraño, me siento como alejado de toda la generalidad, entonces busco si habrá gente que piense igual que yo, para no sentirme tan solo. Encontré no solamente grupos en Facebook, sino *blogs*, literatura, desde estudios científicos donde según se demuestra que la gente que no quiere tener hijos tiene una mejor vida o que llegan a decir que son más inteligentes, entonces todo eso me fue llevando a conocer este tipo de grupos con personas que al igual que yo no buscan tener un hijo. *Santiago, 42 años.*

Una familia de dos

Al examinar la noción de familia para las/os entrevistados, en algunos se observó que se mantiene la idea de un esquema tradicional, en otros/as se reconoció la posibilidad de diferentes configuraciones familiares donde no necesariamente se contempla el vínculo consanguíneo y donde se privilegian las relaciones afectivas con amigos y de pareja. A continuación, los relatos que dan cuenta de lo anterior:

La verdad nunca me lo había preguntado. No estoy segura de que dos personas que no tienen descendencia puedan ser una familia, a lo mejor no necesariamente tiene que ser un papá y una mamá, pero creo que sí implica la formación de alguien, el ser familia sí implica la educación de alguien. *Gina, 32 años.*

Cuando dicen familia viene a mi mente el papá, la mamá, los hijitos, el perrito y la casa con jardín, pero a lo mejor ese concepto no aplica para mí, me imagino con mi pareja y nuestras mascotas. *Vanessa, 32 años.*

Yo vengo de una familia de cinco personas, mamá, papá e hijos, pero para mí la familia de dos es suficiente, un rol de pareja donde podamos desarrollar nuestras habilidades, nuestro intelecto, nuestros gustos, tener el tiempo necesario y suficiente para poder compartirlo y a su vez tener tiempo para el gusto personal de cada uno. *Santiago, 42 años.*

Una familia es un conjunto de personas que se quieren tanto que han formado lazos fuertes, que van aguantar lo que nadie aguantaría, van a perdonar lo que nadie y te van a ayudar como nadie te ayudaría. Hay muchos tipos de familia, hay amigos que viven juntos que son familia, como novios, o vivir con tu perro. *Estefanía, 26 años.*

Con una exnovia con la que también duré un buen tiempo, ella me comentaba de un tipo de parejas que se llaman DINK (*Double Income No Kids*), y pues eso me agrada, o sea sí casarme, tener casa y disfrutar de ambos profesionalmente y compartir la vida con alguien, para mí eso es una familia. *Leo, 26 años.*

En este contexto, merece destacarse el testimonio de Dafne, quien demanda la aceptación a su experiencia como mujer joven y en matrimonio con una pareja donde ambos eligieron no tener hijos/as, como un modelo de vida valioso de ser reconocido:

Me gustaría que fuéramos considerados como parte de las familias, que una pareja sin hijos pueda existir como una familia, un estilo de ser familia, porque somos considerados sólo como una pareja. Hay esa idea de que te falta, de que estás mal, de que estás roto o incompleto y yo no me siento incompleta,

me siento súper bien, y cuando eso sea reconocido como una familia, que estoy bien, que no me hace falta nada más, entonces habría acceso a otras cosas que necesitamos, como la esterilización voluntaria. *Dafne, 34 años.*

Es importante destacar las negociaciones que deben realizarse en la búsqueda y conformación de la pareja, ya que no siempre se puede encontrar a un compañero/a que comparta la decisión de no reproducirse, siendo esta una decisión que puede consolidar una relación o provocar una ruptura. Y es que, en algunas ocasiones, uno de los integrantes de la pareja espera que el/la otro/a cambie de opinión. En seguida, presento los testimonios de Julián, Dafne y Santiago, quienes relatan su experiencia en este ámbito:

Desde el momento en que hay el interés de alguien por ser algo más que amigos, ser una pareja, inmediatamente yo digo que no quiero casarme y no quiero tener hijos, aquí está mi certificado de que no tengo enfermedades de transmisión sexual y además soy estéril, y yo también pedía el certificado de vuelta, en ese aspecto siempre fui muy puntilloso y elegía con quién salir. Cuando alguien no estaba de acuerdo con mis ideas, le decía “pues que te vaya bien, si lo que quieres es un padre para tus hijos búscalos por otro lado”. *Julián, 45 años.*

Empecé a salir con mi esposo cuando teníamos 17 años, estábamos en la prepa y primero empezamos de novios de manita sudada, no pensábamos ninguno de los dos que fuera a ser lo que es ahora, pero cuando yo empecé a ver que iba un poquito más en serio, en un momento de decisión yo le dije “mira yo sé que quizá tú no estés pensando ahorita en el futuro, pero yo veo que esto va bien, nos llevamos bien y quiero advertirte que en el caso de que tengas considerado que esto siga, una de las cosas que yo no quiero para mi futuro son hijos, yo no voy a tener hijos, entonces si tú quieres o en algún momento te ves como padre de familia, dímelo y podemos terminar esto antes que crezca más, porque yo no voy a tener hijos, ni por ti, ni por nadie”

y entonces fue muy chistoso porque volteó así como “¿yo? Yo tampoco quiero hijos”, entonces quedó arreglado y así hemos ido hablando a lo largo de nuestra relación. *Dafne, 34 años.*

No tener hijos fue algo que había platicado con ella desde que éramos novios y fui muy claro en que la paternidad no era algo que yo buscaba, yo la quería a ella como pareja, inclusive en varias ocasiones antes de casarnos fui muy claro en que la familia era de dos, ella y yo. Sin embargo, pasó el tiempo, la presión social que tuvo por parte de su familia fue muy grande, al punto de que el último año de casados estuvo presionando fuertemente para que tuviéramos un hijo, me decía “lo que pasa es que tú no quieres hijos porque estás traumatado, deberías ir a un psicólogo” Y yo le decía “pues más bien tú eres la traumada porque quieres obligadamente tener un hijo, cuando ya lo habíamos platicado”. Y ahí fue cuando entramos a la discusión y le dije “tú quieres hijos, yo no, pues aquí quedamos, porque no vamos para el mismo lugar y me dijo “está es mi casa, te pido que te retires, te envío a mi abogado para que nos cite para el divorcio” y dije “perfecto, si así lo vas a tomar, está bien”. Entonces después de cuatro años nos separamos y firmamos en dos meses el divorcio. *Santiago, 42 años.*

El futuro: pensar que estaré solo

Durante la entrevista se indagó cómo proyectaban su futuro las/os participantes al haber elegido un modelo de vida sin hijos/as. Al respecto, mencionaron que es frecuente que se les cuestione quién se hará cargo de ellos/as en su vejez, ya que existe la idea generalizada de que los/as hijos/as tienen el compromiso de apoyar a sus progenitores en esa etapa de la vida. Ante esto, los testimonios sugieren la conformación de redes afectivas y de cuidado conformadas por amigos/as, pero también, una idea de soledad deseable y placentera. En particular en el grupo de hombres se observó la preocupación por trazar un esquema financiero que les

permita solventar las necesidades económicas y asegurar los cuidados que necesitarán cuando lleguen a envejecer:

Para mí un gran incentivo para no tener hijos, es que yo no quiero obligar a nadie a cuidarme, tal vez a una enfermera y eso porque le voy a pagar su salario. Y pues yo tengo el sueño así súper *millennial*, de tener una casa chiquita, no tener muchas posesiones y pasármela de viaje. Yo veo así mi vida, trabajar y de repente agarrar mis vacaciones y no regresar en un mes.
Estefanía, 26 años.

A veces me causaba un poco de conflicto pensar que voy a estar solo, pero es que nadie puede tener el derecho de exigir a sus hijos que lo cuiden, ellos lo hacen por agradecimiento, y es algo egoísta tener hijos para que me cuiden cuando sea grande. Entonces siempre tengo un colchoncito de dinero, siempre he tenido esa costumbre, ese gusto de poder ahorrar y me gusta viajar. *Daniel, 29 años.*

Realmente me imagino sola, en un asilo tal vez, o si mi salud me lo permite, en un departamento con mi pareja. Ahorita tenemos un par de parejas de amigos que también tienen esa decisión de no tener hijos, unos son bastante más grandes que nosotros y tienen mucho tiempo juntos, y otros son de nuestra edad, entonces es una buena red, empezar a encontrar gente que piensa como tú (...) Ahorramos y hay casas de reposo para adultos mayores donde entras voluntariamente y tienes tu cuartito, te hacen de comer, no te preocupas por nada y estás en una comunidad donde hay un médico, enfermeros, todo lo que llegaras a necesitar de cuidados y son lugares abiertos donde vas a donde quieras, haces actividades, vas al cine, ves películas, haces manualidades, para los que les gusta, es como si estuvieras en un hotel, y es un modelo que funciona muy bien para gente como yo.
Dafne, 34 años.

Yo les comentaba a mis amigos “si me llego a quedar sola, la verdad no me importa porque he aprendido a vivir sola” y aparte tengo a mi perrito. Pero creo que es parte de mi personalidad, soy muy introvertida, sí tengo buenas amigas y todo, pero la idea de estar sola no me asusta, además siento que soy autosuficiente como para poder vivir sola, es importante saber convivir contigo porque al final pues vas a estar tú, nadie más. *Celia, 29 años.*

Siempre te preguntan ¿quién te va a cuidar cuando seas grande? o ¿quién va a ver por ti? Y así tengas hijos y ellos tengan dinero, los padres son olvidados en asilos, entonces como tener hijos no me asegura nada, mejor lucho por mí mismo, me gusta tener planes financieros de ahorro. *Leo, 26 años.*

Soy muy extremo, ahorro más de la mitad de lo que gano. Hay una cosa que se llama “retirados”, es gente que ahorra, invierte y divide sus rentas, se retira temprano pues, y eso es lo que me gustaría hacer, no sé si pueda lograrlo, pero esa es la meta, y si no lo logro pues no está de más estar sentado sobre una montaña de dinero. Yo pienso que tener dinero para nosotros, la gente que no tiene hijos y no se casa, no es una opción es mandato, y no es por avaricia sino por simple sobrevivencia, porque al final de nuestros días vamos a tener que pagar un asilo, vamos a tener que pagar quien nos limpie la cola cuando ya no podamos hacerlo nosotros. Entonces estaré solo mientras pueda, y cuando no, me iré a un asilo donde mi familia serán esas gentes que no tienen familia, o que a lo mejor sí la tienen pero que no los cuidan. *Enrique, 35 años.*

Considerando que afortunadamente tengo una casa, yo me estaré cuidando, y en caso de que requiera apoyo, estoy obteniendo mis recursos a través de mis ahorros para poder tener un asilo y poder pagar de mis cuidados, a diferencia de otras personas que creen que los hijos los van a cuidar. Tengo

un seguro de vida, tengo un seguro de gastos médicos, no sólo de la empresa, tengo un seguro de gastos por mi parte. *Santiago, 42 años.*

Me preguntan que cuando sea grande quién me iba a cuidar, pero pues tener hijos no es garantía porque conozco muchos ancianos que están abandonados y en la miseria y que tuvieron la ristra de hijos. Entonces si yo voy a llegar a viejo y hay un alma caritativa que vea por mí ¡qué bueno! Y si no, no me interesa, pero no voy a estar supeditando mi vida y mi confort a un supuesto hijo. Tengo clara una idea, si llego a viejo con mis facultades intactas y puedo generar un ingreso que me permita mantenerme holgadamente, perfecto. Pero si llego con problemas de salud y que no pueda solventar mis gastos, yo opto por el suicidio. Definitivamente no vale la pena vivir una vida desdichada, debe ser una vida plena, así como partidario del aborto, soy partidario de la eutanasia, del suicidio y de la pena de muerte. Para mí hay demasiada gente en este mundo, hay que eliminar a la mitad y si yo debo ser de los eliminados ¡adelante! *Julián, 45 años.*

A continuación, se presentan los resultados del segundo nivel de análisis, donde se buscó explorar la inserción del grupo de estudio en los servicios de salud y conocer la trayectoria de atención de las mujeres y hombres al solicitar una esterilización voluntaria, así como las percepciones de los prestadores de servicios médicos ante la solicitud de la esterilización voluntaria.

SEGUNDA PARTE ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA

En este apartado se exploran las tensiones presentes entre el grupo de mujeres y hombres participantes y el equipo de salud al conocer su elección de un modelo de vida sin hijos/as y su decisión de solicitar una esterilización al elegir como anticonceptivo la OTB o la vasectomía. Primero se recogen los aspectos que llevaron al grupo a elegir un método permanente, para después conocer la perspectiva de algunos/as prestadores/as de servicios médicos ante la esterilización voluntaria de mujeres y hombres sin hijos/as por elección, así como las posibles implicaciones. Posteriormente se presenta la trayectoria de atención del grupo en el sistema de salud para la realización de la OTB y la vasectomía, la respuesta que obtuvieron del equipo médico, las alternativas brindadas y las dificultades, en particular de las mujeres, pues de las seis que se entrevistaron sólo tres obtuvieron la cirugía de OTB, por lo que también se presenta la experiencia de aquellas que no accedieron al procedimiento.

Elección de un método anticonceptivo permanente

Si bien los hombres y las mujeres que deciden no tener hijos/as es cada vez mayor, no todos/as optan por una esterilización, por lo que conocer cómo es que se llega a tal decisión ha sido una de las principales motivaciones de este estudio. Al indagar sobre esto cada participante describió una serie de motivos que encontró eco y coherencia en la búsqueda de la esterilización voluntaria. Entre las razones expresadas se mencionaron aspectos políticos, preocupación por el medio ambiente, descomposición social, enfermedades crónicas y degenerativas, limitadas oportunidades laborales, miedo a sostener relaciones sexuales y recursos económicos escasos, aspectos que se revisarán en seguida.

Miedo y limitación en los encuentros sexuales

La ansiedad puede ser concebida como un mecanismo de defensa que utiliza nuestra mente para alertarnos ante un peligro o riesgo, por lo que cumple una función adaptativa para protegernos de una amenaza regularmente a través de dos vías: huyendo o afrontándola, ambas reacciones tienen como objetivo sobrevivir. Sin embargo, la respuesta puede aparecer ante situaciones que no suponen una amenaza “real”, disparando toda una serie de efectos que pueden resultar limitantes para la persona. En el ámbito de la sexualidad puede desencadenarse por múltiples factores, como la intención de satisfacer las expectativas de la pareja, el deseo de agradar al otro/a, el desconocimiento de los gustos en las prácticas sexuales o el temor a la posibilidad de un embarazo no deseado. La ansiedad también moviliza hacia la búsqueda de soluciones, teniendo un efecto muy positivo para la persona y la calidad de su vida sexual.

Un aspecto común observado en los testimonios de los/as informantes fueron ciertos rasgos que pueden ser característicos de la ansiedad, como la preocupación excesiva, el miedo, el nerviosismo, la aprehensión y la incertidumbre en cada encuentro sexual, en particular por un posible embarazo, lo que les motivó a buscar un método anticonceptivo permanente. Al respecto se identificó que a dos hombres del grupo les fue practicada la vasectomía después de tres y cuatro años de su primera relación sexual, a una mujer se le practicó la OTB después de cuatro años y otra la solicitó al año de experimentar su primer encuentro sexual, pero le fue negada.⁸ En seguida Celia, Julián y Enrique dejan ver el excesivo cuidado en el uso de anticonceptivos al sostener relaciones sexuales:

A los 28 años, cuando empecé con mi vida sexual activa pues sí me daba miedito el quedar embarazada y entonces empecé a informarme sobre la

⁸ De manera general, las mujeres buscaron la esterilización antes que los hombres. La realización o solicitud de la OTB fue hecha, en promedio, seis años después de su primera relación sexual; los hombres accedieron a la vasectomía, en promedio, nueve años después de su primera relación sexual. Los datos de edad de la primera relación sexual y la edad de realización o solicitud de la OTB y vasectomía aparecen en la tabla de caracterización del grupo en la página 111.

operación, porque la verdad sentía mucho miedo y ni lo disfrutaba por estar pensando en eso y es feo vivir así. Siempre me fijaba si traía condón y si no lo traía yo los compraba, la ventaja que tenía con mi ex es que él los compraba y me los daba si sobraban, entonces yo los llevaba. Por lo regular yo se lo ponía a él, o sea él me dio esa libertad y teníamos mucho cuidado en ese aspecto, pero después era la angustia de pensar ¿y si hicimos algo mal?, ¿y si se rompió? *Celia, 29 años.*

Mi primera novia la tuve a los 19 años, cuando estaba con ella sabía que podía tener relaciones sexuales en cualquier momento, pero como soy una persona muy aprensiva pasaba por mi mente que el método anticonceptivo podía fallar y provocar un embarazo no deseado, entonces en una fracción de segundo yo me visualizaba mandando al chamaco a la escuela y eso me enfriaba. *Julián, 45 años.*

Cuando tenía sexo siempre estaba nervioso y al pendiente. Yo pienso que tiene que ver con la educación que me heredaron mis papás o en la escuela. Hay gente que en sus primeras relaciones usó condón y estuvo a gusto, pero a mí no me pasó, yo siempre me reprimía mucho. *Enrique, 35 años.*

El temor expresado en la experiencia de la sexualidad se vio fortalecido en mujeres y hombres por experiencias cercanas relacionadas con el fallo de anticonceptivos y embarazos no deseados, como lo plantean Estefanía, Gina y Celia:

Fue en el internado cuando decidí la esterilización, porque roté en ginecología y tienes que atender partos, y no vi uno, vi muchísimos embarazos de chavas que traían DIU, que usaron condón, que tomaron pastillas y quedaron embarazadas. Yo dije no quiero ni por accidente estar embarazada y empecé a buscarle en serio, con ganas. *Estefanía, 26 años.*

Para mí simplemente es no opción embarazarme, no puedo, y era un pánico estar pesando en si se rompió el condón o si tenía un accidente, te puedo decir que mi vida sexual un tiempo se acabó, yo ya no tenía ganas de nada, mejor no hacía nada, pero incluso ni así estaba bien, me retrasaba y me ponía nerviosa. *Gina, 32 años.*

Siempre escuchaba que se rompe el condón o que falla el DIU, o que los hormonales afectan, entonces no me quería arriesgar. Pensé en pastillas, pero realmente eso de lo hormonal me da miedito, entonces me llamó la atención lo de la ligadura de trompas y empecé a investigar en el IMSS porque tiene una página sobre la esterilización y vi que no era tan difícil la cirugía y eso era lo que me gustaba. *Celia, 29 años.*

En los siguientes testimonios, los hombres del grupo comparten el temor por el fallo de los anticonceptivos, pero también introducen como elemento a la búsqueda de la vasectomía las experiencias difíciles con antiguas parejas al negociar el uso de anticonceptivos y nuevamente por embarazos no deseados:

Me decidí por la vasectomía porque el porcentaje de error de otros métodos no me dejaba estar tranquilo; yo les decía a mis parejas, ¿oye ya te tomaste la pastilla?, ¿ya te cambiaste el parche?, ¿ya tienes parches nuevos?, o sea, yo era el que controlaba la anticoncepción, hasta que dije ¡ya basta! y obviamente tenía el argumento de mis parejas de “voy a engordar, me hace daño, da cáncer”, todos los problemas que me puedan decir y pues efectivamente, a final de cuentas la anticoncepción oral era complicada para ellas. *Santiago, 42 años.*

A los 21 años andaba con una chava y se le atrasó su regla, estábamos asustados, cuando le bajó dije ¡qué alivio! La ansiedad no me dejaba dormir. Y dije no estoy preparado para tener hijos ni hoy, ni dentro de diez años, entonces empecé a buscar la forma de hacerme la vasectomía, hacerlo

permanente era un compromiso conmigo de que ya había tomado la decisión y no cambiarla. *Oswaldo, 28 años.*

Desde los 19 años veía todos los problemas que tenían mis compañeros de escuela por embarazos y cuidado de hijos, pero hasta los 21 cuando entré a la universidad, mi exnovia tuvo un aborto, no sabíamos que estaba embarazada, no tuvo el cuidado y perdió al niño. Hubo una problemática súper grande con mi familia y muchos gastos, entonces decidí que mejor me evitaba todos esos problemas y decidí buscar esterilizarme. *Leo, 26 años*

Cuando cumpló los 18 años comienzo a trabajar en una empresa y a la médica que estaba a cargo del área de medicina le hice saber mi inquietud de practicarme la vasectomía, a esa edad yo no había tenido relaciones sexuales porque había leído la estadística de los métodos anticonceptivos y todos tenían por lo menos un 1% de error, yo sabía que la que tenía el 100% de efectividad era la vasectomía. Mi primera relación sexual fue a los 21 años, yo me negaba a tener relaciones sin tener la vasectomía, no confiaba en ninguno de los métodos anticonceptivos. En mi primera relación probamos tres métodos, la píldora, el preservativo y además hicimos el cálculo de su periodo menstrual, y así me animé, pero me quedaba la angustia por ese margen de error que tienen los anticonceptivos. *Julián, 45 años*

En los relatos anteriores se percibe una búsqueda de “practicidad” como elemento importante para eliminar el uso de anticonceptivos de tipo hormonal y/o temporal y con ello evitar el riesgo de un embarazo no deseado. Pero también devela un estado ávido de control que se manifiesta en desconfianza y vigilancia constante del cuerpo y las prácticas sexuales, ante la cual la elección de la OTB y la vasectomía, ofrecen la certeza necesaria para experimentar la sexualidad sin miedo.

Uso prolongado de anticonceptivos hormonales

Para dos de las entrevistadas el motivo principal para la búsqueda de la esterilización fueron las complicaciones que trajo la utilización de anticonceptivos hormonales. Iniciaré con el caso de Gina, quien ha transitado por diferentes métodos hormonales en distintos periodos de su vida, los cuales ha derivado en efectos negativos que reforzaron su deseo de una alternativa quirúrgica y definitiva, la cual le ha sido negada en el servicio médico público. El siguiente testimonio muestra lo determinante de la influencia masculina en la elección de métodos anticonceptivos en diferentes momentos de la vida de Gina, siendo relevante para ello la relación con su madre, la cual deja ver como incompatible para el diálogo sobre el cuidado sexual y reproductivo:

Cuando inicié mi vida sexual a los 18 años, tuve un novio al que sus papás le hablaban mucho de anticonceptivos y te puedo decir que él me cuidaba, era muy muy cuidadoso con eso y de plano si no había condón, no había sexo; después empezamos a ver y elegimos la inyección y yo me estuve inyectando como un año, más o menos. Me dijo de las pastillas pero que lo más fácil era la inyección. Antes de que pasara eso mi mamá me dijo “cuando quieras tener relaciones sexuales, tú vas a venir conmigo y yo te voy a llevar al ginecólogo” ¡mentira! El día que yo fui se volvió loca, se puso muy mal y ahí me di cuenta que no podía confiar en ella para esto. *Gina, 32 años.*

Rowlands y Walker, en el artículo *Reproductive control by others: means, perpetrators and effects* (2019) analizan el concepto *reproductive coercion-control* el cual representa un tipo de violencia derivado del control de las opciones reproductivas de la mujer. Esto se expresa a través de agresión física, chantaje emocional, determinar el anticonceptivo que la mujer usará o el sabotaje del mismo, como impedir la toma de la pastilla anticonceptiva o perforar los preservativos, la realización de prácticas que buscan una gratificación unilateral, como el *stealthing*, donde el hombre se retira el preservativo durante en el coito sin que su pareja sexual

lo sepa y haya dado su consentimiento, la eyaculación deliberada en el interior de la vagina, o bien, casos en los que los hombres aseguran haberse realizado una vasectomía siendo falso y, de forma extrema, inducir el aborto colocando sustancias dañinas en la comida o bebida de la mujer. Estas formas de abuso derivan en embarazos no deseados, abortos, o en el constante uso de anticonceptivos de emergencia, aspecto encontrado en el siguiente relato:

Me he practicado dos abortos, el primero fue a los 22 años y el segundo fue como a los 26, y me asusté mucho, no me arrepiento, pero sí dije jamás quiero volver hacerlo, porque fue con pastillas, fue peligroso, me dolió mucho, me la pasé mal porque estuvo cabrón. Tenía un novio que la verdad ¡no sé por qué le creí! pero me dijo que la pastilla del día siguiente se podía usar así como anticonceptivo y llegó un momento en que la usé tantas veces que un día ya no me hizo efecto y por eso me embaracé. Él se lo tomó como si nada, me dijo “no pasa nada, ahorita te llevo unas pastillas” y para mí fue como de rápido solucionar mi problema, pero ahorita que lo pienso, fui muy pendeja al creerle. Apoyo emocional no tuve absolutamente nada, solamente él compró las pastillas, pero en ese tiempo tenía un amigo que estaba muy pegado conmigo y él fue quien me acompañó. También fue pesado porque mi mamá se enteró y quería que lo tuviera, siempre ha estado con que quiere un nieto, ahora entiende que estoy bien sin hijos, pero en ese entonces se lo tomó muy mal. La segunda vez que aborté fue con una pareja más estable, usábamos condón y de repente no lo usábamos, un día yo le dije que se viniera afuera pero no me escuchó, y yo lo sabía, sabía que me iba a embarazar porque estábamos en los días de riesgo y le dije “bueno pues hay que prepararnos porque a huevo que me voy a embarazar”, y sí. No sé si fue sugestión, pero al tercer día sentí las tetas enormes y no me bajó, me hice la prueba y salió positivo. Volví a buscar a mi ex novio, al que me había dado las pastillas y me ayudó otra vez. *Gina, 32 años.*

Si bien la experiencia del aborto condujo a Gina a pensar en la esterilización como una alternativa, también lo hizo la serie de efectos secundarios que manifestó durante el uso de pastillas anticonceptivas. En su testimonio deja ver el camino recorrido y las molestias que tuvo para encontrar el método ideal para ella, así como el rechazo a su petición de obtener un método permanente:

Pensé en la esterilización como a los 26 años, después del segundo aborto dije esto tiene que parar, pero fue cuando me ofrecieron las pastillas. Las acepté y me fue muy bien un año, pero después me empezaron a caer muy mal, yo pensé que me estaba volviendo loca, estaba muy alterada, me sentía mal físicamente y anímicamente era horrible, y me dijeron “es que a lo mejor están muy fuertes, te podemos cambiar a otras”, me las cambiaron y fue lo mismo. Después, me dijeron “lo que te podemos hacer es un implante bajo el brazo y eso te va a funcionar” pero yo les decía que las hormonas me caían mal, me dijeron que primero tenían que hacerme una terapia de adaptación hormonal, que tenía que inyectarme anticonceptivos como unos cuatro meses para ver cómo funcionaba, me cayeron pésimo, reglaba todo el mes, entonces me dijeron que no era candidata para el implante y les dije “quiero operarme”, pero me dijeron que no podía porque era muy joven y me iba a arrepentir. *Gina, 32 años.*

Ella continúa con las pastillas hasta que se presenta una amenaza, entonces decide probar otro método no hormonal como el DIU, sin embargo, es posible percibir la frustración que le genera no ver satisfecha su elección anticonceptiva, limitando con ello el goce de su vida sexual:

Seguí con las pastillas, pero un día estaba con mi novio y él me sintió una bola enorme en la teta y yo me asusté mucho y me fui a checar. Primero en el ISSSTE me dijeron que era un tumor ¡casi que me iba a morir de cáncer y no sé qué! Pero después fui con un ginecólogo particular y él me dijo que era mi glándula mamaria que estaba endurecida por los anticonceptivos, esto fue

hace año y medio, y él me dijo que definitivamente ya no podía tomarlos, que no era malo lo de la glándula, pero que ya estaba como al límite por el uso prolongado de las pastillas. Las dejé y empecé a protegerme con condón, pero era tener sexo una vez al mes para estar llorando todo el resto del mes por ver si me bajaba. Hasta que el ginecólogo me convenció de ponerme un DIU, me lo enseñó y me explicó que no era lo mismo de antes, que no era la “T” de cobre, sino otro, y me lo puse y tengo un año con él, y aunque estoy a gusto, lo veo como un paliativo. *Gina, 32 años.*

Dafne es otra de las participantes que ha buscado en múltiples ocasiones la realización de una OTB sin obtenerla. Al igual que Gina, describe los efectos secundarios que tuvo por el uso de anticonceptivos hormonales por periodos prolongados para mantener la decisión de no tener hijos/as, problemática que los profesionales de la salud no suelen contemplar:

Durante 10 años usé pastillas anticonceptivas, básicamente desde que empecé a tener relaciones con mi esposo y las acabo de dejar hace relativamente poco. Tuve un pequeño susto de algo que podía haber sido cáncer, pero afortunadamente no lo fue, encontré un bulto en la axila y era un lipoma y no pasó nada, pero el oncólogo me dijo que uno de los factores de riesgo más grandes era el uso de las pastillas anticonceptivas, porque aparentemente tu doctor no te lo dice, pero pueden darte cáncer, y uno que no quiere tener hijos tiene que seguir arriesgándose con medicamentos, como los anticonceptivos hormonales que son terriblemente invasivos, para mantener esa decisión. *Dafne, 34 años.*

Dafne y su esposo comparten la decisión de permanecer sin hijos/as, y aunque para los hombres acceder a la esterilización pudiera ser más sencillo —aspecto que más adelante se revisará, ya que algunos hombres que participaron en esta investigación reportan dificultades para acceder al procedimiento— el testimonio que sigue nos introduce a la negociación del uso de anticonceptivos en la pareja y cómo la

responsabilidad se deposita en la mujer a fin de no vulnerar la “masculinidad” por la práctica de la vasectomía:

Honestamente, yo se lo he pedido varias veces, así como de “es mucho más fácil que tú te hagas la vasectomía a que yo me opere” pero él tiene una fobia a los médicos terrible y le tiene una fobia terrible a la vasectomía, tiene mucho esa idea de qué tal que les falla y luego ya no funciona, pero es su derecho y su opción, y eso nos lleva a tener doble o triple precaución con todo lo que hacemos. Ahora uso anticonceptivos de barrera y estoy tratando de ver qué diablos hago, porque para mí ahorita ya se volvió una cuestión de urgencia, necesito una solución más permanente, no puedo seguir dependiendo de los anticonceptivos y menos con el daño que me podrían hacer ¡Esto ya lo siento como búsqueda del Santo Grial! *Dafne, 34 años.*

El caso de Vanessa se diferencia de los anteriores ya que los anticonceptivos fueron utilizados principalmente como tratamiento para la endometriosis, enfermedad inflamatoria en la que el endometrio, tejido que reviste el útero, crece en otras regiones del abdomen como en los ovarios, vejiga o intestino, generando dolor pélvico intenso, menstruación muy abundante y hasta infertilidad:

Cuando me llega mi periodo es súper abundante y súper doloroso, llegó un punto que los sangrados y los cólicos no me dejaban salir, me quedaba en mi casa mínimo tres días, las toallas sanitarias y los tampones no me servían de nada, entonces no quería salir de casa, me dolía muchísimo la espalda, llegué a faltar al trabajo, un problema de no poder hacer mi vida normal por la endometriosis (...) El primer tratamiento que llevé para la endometriosis fue con pastillas *Diane*, sí tuve efectos secundarios, me sentía como me imagino a las embarazadas, con antojos, náuseas, de repente todo me olía a pescado, cosas así. Ahorita ya tiene como tres años que estoy tomando un tratamiento para la endometriosis que es nuevo, se llama *Visannette*, pero he estado buscando la opción de hacerme una histerectomía porque está

carísimo el medicamento y obviamente lo tomo porque me deja hacer mi vida normal, inhibe la ovulación, entonces puedo ir a nadar sin problemas y con eso ya no me duele tanto la espalda, pero cuando las empecé a tomar me mandaron también antidepresivos porque pueden causar depresión, aunque yo ya tomaba antidepresivos por mi problema de la espalda. *Vanessa, 32 años.*

Son varios los problemas que Vanessa presenta en su columna, motivo por el que ella explica que un embarazo sería contraproducente debido a la sobrecarga de peso en su cuerpo. Esto la ha llevado a reafirmar su decisión de no tener descendencia, ya que además no podría brindar los cuidados necesarios porque su movilidad es limitada; sin embargo, su petición siempre ha sido rechazada por sus médicos:

El problema de la espalda me lo diagnosticaron desde que tenía como 15 años y ahí empecé con terapia y medicamentos que he tomado intermitentemente, porque tampoco es ideal que esté tomando tanto medicamento, ya tuve problemas de piedras en los riñones, prefiero tomarlos cuando el dolor ya es insostenible. Por el problema de la espalda un embarazo para mí sería estar en cama, de hecho, mi médico me dijo “si ahorita te duele ¡imagínate si tuvieras un embarazo!” tengo que controlar mi peso, debo estar un poco debajo, y en navidad tiendo a subir de peso y lo reciento porque me empieza a doler mucho la espalda baja. Parte de la lordosis lumbar que tengo me hace estar con la curvatura muy pronunciada en la zona lumbar y la postura que adoptas al estar embarazada me provocaría mucho dolor. Los problemas de columna algunas veces me han detonado depresión, porque te limitan la vida, estás con el dolor crónico y sabes que no se va a quitar. Hace como un año y cachito me diagnosticaron un quiste de Tarlov y regresé a terapia por el miedo al futuro, pensar en qué voy hacer si no puedo caminar. El quiste me afecta las piernas, me puede generar problemas en los genitales, aunque como es considerada una

enfermedad rara no hay mucha información de ella y se desconocen muchas cosas, puede generar incontinencia, hay casos de gente que queda en cama y no se puede mover, como el quiste se llena de líquido cefalorraquídeo y te oprime los nervios, te afecta a nivel neurológico. Y luego también mi espina bífida, hasta es un milagro que yo pueda caminar al haber nacido con ese problema, y ahora tengo la mega apófisis que es un crecimiento en el hueso, realmente todos mis problemas me afectan mis piernas. *Vanessa, 32 años.*

Antes de introducirnos a la trayectoria de atención del grupo para conocer su experiencia ante la solicitud de un método anticonceptivo definitivo, es importante conocer la perspectiva de un grupo de médicos/as que suele atender dicha solicitud en establecimientos del sector público y privado del sistema de salud en México.

El equipo de salud ante la esterilización voluntaria de mujeres y hombres sin hijos/as por elección

El grupo de profesionales sanitarios que participó en esta investigación labora en instituciones de salud públicas y privadas en el primer, segundo y tercer nivel de atención;⁹ sus áreas de especialidad son medicina general, ginecología y urología (tabla 2). En un primer momento se presentará una descripción de su trayectoria laboral y el contexto en el que ejercen su profesión para introducir posteriormente al perfil de usuarios/as que acuden a solicitar asesoría y métodos anticonceptivos, poniendo énfasis en los de tipo permanente, como la OTB y la vasectomía. Además, se abordará el curso de acción al recibir estas solicitudes y los criterios que se toman en consideración para efectuar el procedimiento.

⁹ En el primer nivel se realiza el contacto inicial con los pacientes y la comunidad, cuenta con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, clínicas, centros de salud. Se llevan a cabo promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión, ofrece servicios de nutrición, psicología, vacunación, planificación familiar. El segundo nivel integra los hospitales y establecimientos de atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría; los procedimientos realizados son de mediana complejidad y tratamiento a pacientes referidos desde el primer nivel. El tercer nivel, incluye hospitales de alta especialidad que atienden enfermedades de baja prevalencia y problemas de salud más complejos para los que se requiere mayor equipo y tecnología médica, también desarrollan docencia e investigación.

TABLA 2. PRESTADORES/AS DE SERVICIOS MÉDICOS ENTREVISTADOS/AS

Nombre	Especialidad	Institución	Sector	Entidad federativa
Emma	Medicina general	Centro de Salud, SSA	Público	CDMX
Victoria	Ginecología	Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, ISSSTE	Público	CDMX
Joel	Ginecología	Hospital Español de México	Privado	CDMX
Amelia	Medicina general	Hospital General de Zacatecas	Público	Zacatecas
Miguel Ángel	Urología	Hospital Ángeles Clínica Londres	Privado	CDMX

Fuente: Elaboración propia.

Contexto de la atención a la salud sexual y reproductiva

Emma es médica general y trabaja para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México desde hace ocho años, donde ha realizado actividades administrativas, de docencia en el área de capacitación de recursos humanos en salud, y participó en distintos programas como el de Médico en tu casa o Salud en tu casa.¹⁰ Se desempeña desde hace ocho meses como médica general en un centro de salud ubicado en la alcaldía Cuauhtémoc:

Es una zona que involucra varias colonias, como son Santa María la Ribera, Morelos, Guerrero, y son focos rojos en cuanto a necesidades de salud y nivel socioeconómico. Los pacientes llegan por iniciativa propia, por necesidad de atención médica, un gran sector son vendedores ambulantes, comerciantes de pequeños negocios, prostitutas, trabajadores eventuales.

Emma, médica general, centro de salud, CDMX.

En el siguiente testimonio, habla sobre el perfil de usuarios/as que atienden en los módulos, así como aspectos de la consulta de planificación familiar:

¹⁰ El programa fue creado para identificar a aquellas personas que por su condición de salud no pueden trasladarse a la unidad médica para su atención, como mujeres con embarazos de alto riesgo y población en contextos de vulnerabilidad; este programa sería modificado en el cambio de administración gubernamental a principios de 2019, buscando crear un plan de visitas domiciliarias para atención a adultos mayores como parte de la nueva estrategia de atención llamada “Salud en tu vida” (Secretaría de Salud, 2019).

En cada centro de salud existe un módulo donde se atiende lo que tiene que ver con planificación familiar, detecciones de cáncer de mama, mastografía, papanicolaou, y en el hombre la detección de cáncer de próstata; aparte está la atención en los consultorios. En el caso de planificación familiar llegan niñas desde 12 años, tenemos mucho embarazo en adolescente, pero como se trabaja mucho en la difusión de la prevención de un embarazo, llegan adolescentes a solicitar el implante subdérmico, también el DIU *Mirena*, que es un DIU medicado con progestágenos, son los dos más solicitados, los métodos orales o inyectables son los menos solicitados. Y los varones lo que llegan a solicitar, y muy raramente, es el preservativo. En un año se han recibido en el centro cuatro solicitudes de métodos permanentes, uno de 42 años con paridad satisfecha, dos mujeres jóvenes con hijos y un joven de 23 años sin hijos. *Emma, médica general, centro de salud, CDMX.*

Victoria es médica ginecóloga y trabaja desde hace cinco años en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, ubicado en la alcaldía Álvaro Obregón de la Ciudad de México. Sobre la población que acude al establecimiento menciona:

El ISSSTE tiene la característica que va de todo tipo de población, porque es para los trabajadores del Estado, entonces acuden desde policías federales, intendencia, hasta magistrados, personas con altos estudios o altas escolaridades. Los pacientes generalmente llegan por referencia, ya pasaron por primer nivel y son referidos al hospital. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Debido a que *Victoria* trabaja en una unidad de segundo nivel de atención en el área de ginecología y obstetricia, la asesoría sobre métodos anticonceptivos es menos frecuente que la proporcionada en el centro de salud, pues llegan mujeres que han pasado por trabajo de parto o requieren la atención de padecimientos complejos que involucran atención especializada:

De los motivos de las consultas, la más frecuente es por sangrado uterino anormal. No hay muchas consultas de planificación familiar, la población que vemos en obstetricia son pacientes que están puérperas, o sea, que acaban de tener a sus bebés y son las que generalmente solicitan el servicio de planificación definitiva, ya que tienen paridad satisfecha, quiere decir que ya tuvieron los bebés que quisieron. Los menos casos son los que por alguna deficiencia cognitiva o desarrollo neurológico, los papás o el tutor legal requieren que a las pacientes se les aplique un método definitivo. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Joel es médico con especialidad en ginecología y obstetricia, tiene una trayectoria profesional de más de 30 años. En hospitales públicos se ha desempeñado en el área de enseñanza e investigación y tiene un doctorado en bioética. En esta investigación se referirá a su trabajo en el ámbito privado como ginecobstetra del Hospital Español de México:

Como es un hospital privado, el nivel socioeconómico yo diría que es de clase media para arriba. La mayor parte de las personas que yo veo son profesionistas, muchas de ellas tienen trabajos ejecutivos, son líderes, veo personas con convicciones de religión judía, pero también gente ortodoxa de convicción católica cristiana, personas dentro de la variedad del cristianismo, e incluso veo a testigos de Jehová. La mayor parte de mi consulta debe estar entre los 30 y 40 años de edad y 80% son casadas, pero también veo un grupo grande de jovencitas de 20 a 30 años que son solteras y que están estudiando, incluso veo un grupo muy pequeño de adolescentes. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Los motivos de consulta son variados, siendo los más frecuentes las infecciones vaginales y la planificación familiar. Al respecto, *Joel* habla de los anticonceptivos más solicitados por las mujeres que atiende:

Las muy jóvenes, me refiero a las menores de 20 y hasta 30 años, que están estudiando, haciendo maestrías, viajando, utilizan métodos hormonales de larga duración, me refiero a los dispositivos, tanto el que va dentro del útero como el de progesterona que va en el brazo. En el grupo de las mayores de 35, ya sea porque no hayan tenido familia y no la quieren tener por la edad, o las que ya tuvieron familia y ya no quieren tener, buscan un método de larga duración. El perfil de las que solicita practicarse un método definitivo son las que ya tienen lo que llamamos satisfacción de la paridad o paridad satisfecha, gente que tiene uno, dos, tres, o más hijos, depende de cada persona, de manera individual dice “ya no voy a querer tener más hijos, mi sentido de vida y lo que deseo hacer ya no es compatible con otro embarazo” *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Amelia es médica familiar con 20 años de experiencia en los servicios de salud. En el sector público, trabaja en el Hospital General de Zacatecas, unidad médica de segundo nivel de atención, desempeñándose en el área de planificación familiar donde realiza el procedimiento de vasectomía sin bisturí:

La población que atendemos es muy variada, como somos un hospital receptor atendemos a gente de todo el estado, vienen pacientes de diferentes niveles educativos y socioeconómicos. La mayoría de nuestros pacientes están catalogados como de escasos recursos, pero realmente tenemos de todo, de hecho llega mucha gente de otras instituciones como el IMSS y el ISSSTE. Como aquí es muy específica la atención, la gente ya viene solicitando métodos de planificación, orientación y consejería, pero también tenemos muchos pacientes varones que vienen a detección de enfermedades de transmisión sexual. Cuando las pacientes solicitan un método de planificación definitivo o permanente, las canalizamos al Hospital de la Mujer porque solamente allá se hace la salpingoclasia, lo que nosotros hacemos aquí son las vasectomías. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

Con respecto a la población que busca información de los diferentes anticonceptivos, menciona que el espectro de edades es amplio, pues además se tiene la indicación de ofrecer información a menores de edad, pues el embarazo en adolescentes y niñas es un problema importante en Zacatecas. Sobre los hombres que solicitan una vasectomía, explica:

Generalmente son pacientes que ya tienen lo que nosotros llamamos paridad satisfecha, que son los que ya tuvieron los hijos que deseaban tener. Nosotros tenemos en esta unidad dos años realizando vasectomías, tenemos 70 pacientes vasectomizados, tres pacientes han sido de 18 años de edad sin hijos. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

Miguel Ángel es médico urólogo con más de 10 años de trayectoria profesional. Trabajó cuatro años en el área de cirugía general y urología del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE y desde hace seis años también ofrece sus servicios en el Hospital Ángeles Clínica Londres de la Ciudad de México. En seguida explica el perfil de hombres que atiende:

Se piensa que los urólogos somos el ginecólogo del hombre y eso no es del todo cierto, atendemos padecimientos de vía urinaria en mujeres y hombres. Pero en lo que corresponde al varón, la vía reproductiva nosotros la atendemos, es una rama adicional de la urología que se llama andrología. Les atendemos cuando se encuentran padecimientos concretos, como cuando el niño o el adolescente refiere alguna situación a nivel testicular o nota alguna diferencia entre lo que le han comentado sus amigos y lo que él ve en su cuerpo, en sus genitales, ese es el momento donde comienza la atención, sin embargo, de ahí en adelante podemos brincar prácticamente hasta los treinta años, porque el joven se siente muy bien y lleva su vida reproductiva y no se atiende, arriba de los treinta años es cuando volvemos a dar una atención ya siendo adulto. Cuando hay un problema de fertilidad en el hombre, la gran mayoría terminan con el ginecólogo porque es quien

está viendo a la esposa, a nosotros ya nos llegan cuando tienen una paridad satisfecha y están solicitando un método de anticoncepción permanente, entonces es un grupo de adulto joven de 30 o 35 años habitualmente. Al mes realizamos en el consultorio quizás unas dos o tres vasectomías. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

En el sector público, la solicitud de un anticonceptivo permanente se analiza de manera inicial en el primer nivel de atención. De considerarse procedente, en el caso de la OTB la persona se remite al segundo nivel donde podrá realizarse la cirugía. En el segundo nivel de atención se requieren estudios de laboratorio específicos como biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación y de funcionamiento hepático. También pueden solicitarse estudios de gabinete como electrocardiograma, radiografía simple de tórax, placa simple de abdomen, ultrasonido.

Solicitud de la OTB y la vasectomía en mujeres y hombres sin hijos/as

Como refirieron los médicos/as, los métodos anticonceptivos permanentes son regularmente buscados por mujeres y hombres con paridad satisfecha, sin embargo, ¿qué implica este concepto? Durante esta investigación uno de los participantes refirió el caso de una mujer sin hijos/as a quien se le entregó un formato donde se estableció “paridad satisfecha” como motivo para realizarle la OTB, esto no le pareció extraño bajo la idea de que quizá la paridad satisfecha también podría implicar cero hijos/as. Cuestioné a los profesionales de salud sobre lo anterior y, aunque en algunos casos no se tuvo la certeza, la mayoría coincidió en que hace referencia a los hijos/as que una persona ha deseado tener:

Es curioso eso, yo no me lo había planteado. Habría que buscar la definición operacional dentro de la Norma Oficial Mexicana, no sé si implica que obligadamente hayan tenido algún embarazo. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Cuando no se tienen hijos se considera nuliparidad; paridad satisfecha no podría ser cero hijos porque no tiene que ver nada con paridad, con el parto. No sé, quizá todavía nos falte a los médicos conocer algunos aspectos o definirlos bien. *Emma, médica general, centro de salud, CDMX.*

No forzosamente implica que tengas hijos, no es forzoso, implica la satisfacción personal. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Conceptualmente implica tener un hijo, yo creo que cuando utilizamos “paridad” es como “paternidad”, pero nuliparidad indica que no estás embarazada y puede que tampoco sea tu interés personal. Desconozco si existe un término oficial o admitido, porque en el derecho a la salud reproductiva, un derecho también es poder decidir que no. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas*

Al consultar la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, el apartado de terminología no define la paridad satisfecha. El concepto se menciona en la descripción de la OTB, explicando que el método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexualmente activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, cuyo deseo es un método de anticoncepción permanente, en las siguientes condiciones: paridad satisfecha, razones médicas o discapacidad intelectual. De igual forma, el concepto aparece en el punto 5.7.4. Lineamientos generales para la prescripción de la OTB, donde se indica que la edad y la paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método (Secretaría de Salud, 2004). Lo anterior sugiere que la paridad satisfecha podría enunciarse en el caso de una mujer que nunca ha estado embarazada o dado a luz a un hijo/a, es decir, mujeres nuligestas o nulíparas, y en ese sentido, poder acceder a la OTB:

En la norma técnica de planificación familiar 005, dice que el criterio para los métodos definitivos es la paridad satisfecha que antes platicamos, o

problemas mentales del paciente, pero no contempla mucho el caso de pacientes que no deseen tener hijos, así escrito no está, es una cuestión cultural y también que no ha sido muy actualizada. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

La Constitución en el artículo cuarto permite que la familia se constituya libremente y que la mujer defina si quiere tener hijos y el número y el espaciamiento. La planificación es un derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y obtener información especializada de los servicios. No hay nada que restrinja realizar este tipo de decisión, ni a favor ni en contra, y no hay ninguna ley que obligue a usar o no un método anticonceptivo definitivo. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Al realizar la entrevista con los profesionales sanitarios comencé abordando aspectos generales sobre la provisión de métodos anticonceptivos focalizándome en aquellos de tipo quirúrgico o permanente en la población en general. Conforme avanzó la entrevista, algunos de los médicos/as comenzaron a relatarme casos en los que mujeres y hombres sin hijos/as habían solicitado la OTB o la vasectomía, lo cual fue revelador pues, aunque no es una petición habitual, sugiere que está presentándose con más frecuencia en los establecimientos médicos. Entre las motivaciones de quienes buscaron dichos métodos destacaron aspectos laborales, su identidad sexo-genérica, la posibilidad de evitar padecimientos, enfermedades congénitas y hereditarias, y la búsqueda de bienestar personal:

La OTB en una mujer sin hijos es muy rara, pero sí las hay, hemos tenido mujeres que se dedican a la prostitución y llegan a solicitarla en vez de utilizar otro método, ya me tocó un caso, y ese es su motivo. Otro caso es un paciente de 23 años que por iniciativa propia fue y me dijo que quería la vasectomía, al atenderlo me dijo “no deseo tener hijos y quiero que me expliquen sobre la vasectomía”, tratamos de sensibilizar porque es un método definitivo y se tomó un año, más o menos, para pensarlo. Cuando yo

platicué con él le pregunté si no había pensado que quizá algún día le gustaría tener un hijo y me contestó “hay muchos niños huérfanos en el mundo, cualquier de ellos puede ser mi hijo y yo creo que ayudaría más” estaba seguro hasta este momento y respetamos su decisión porque es un adulto, era un muchacho intelectual, preparado, y tomó esa decisión quizá por sus observaciones del mundo, su experiencia, no sé. *Emma, médica general, centro de salud, CDMX.*

Es bastante raro, pero sí las hay, yo creo que llegó un caso en dos años, su la razón fue que no deseaba tener hijos, de hecho era una paciente transexual. He tenido pacientes que son gesta cero, no tienen hijos y no quieren tenerlos, pero tienen patologías, sangrados uterinos anormales y entonces prefieren la histerectomía. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

De los 70 pacientes vasectomizados en esta unidad, en los últimos dos años, llegaron tres pacientes de 18 años sin hijos, dos tenían preparatoria y estaban trabajando, uno en el área de limpieza de un cine y el otro era mesero, a este último le faltaba una parte de su cerebro, nació así, pero no tiene ninguna alteración intelectual ni psicomotora, él es mesero, decidió operarse porque es una cosa que puede ser hereditaria y para evitarlo lo hizo, y una de las características que sí tiene es ausencia de dolor, entonces él quiso estar sentado viendo el procedimiento [la vasectomía], el tercer chico era estudiante de filosofía. De estos tres chavos respetamos su autonomía, aunque platicamos mucho con ellos para hacerlos conscientes de que es un método permanente y los tres filosóficamente coincidieron en la cuestión ecológica, no sólo es cubrir mi necesidad de prolongar mi vida o mi existencia, ellos están pensando en la calidad de vida y eso es muy interesante, porque son chavitos que saben el por qué no quieren tener hijos/as. Entonces estamos viendo que ya están cambiando los motivos para decidir tener o no tener hijos, es una mínima cantidad, pero ya están

solicitando la vasectomía personas que no quieren tener hijos. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

A mí me han llegado, en aproximadamente unos 8 años, solamente dos pacientes sin haber tenido hijos y que solicitaron la vasectomía, eran jóvenes de veinticinco y veintisiete años. Sin embargo, nosotros sí solicitamos en estos dos casos una atención integral, evaluaciones adicionales, precisamente para que estuvieran totalmente convencidos, porque no es algo habitual que una persona sin hijos solicite el procedimiento y nosotros quisimos apoyarlos de esa forma. ¿Coincidencia de ambos? Eran trabajadores del sector salud, no eran médicos, pero trabajaban ambos en un hospital, uno como chef y el otro como camillero, tenían hermanos mayores, sobrinos, y habían elegido no tener hijos porque tuvieron familias un poquito problemáticas, desde mi punto de vista, y supongo que no querían exponerse o arriesgar su integridad emocional o que sus hijos pasaran por algo similar. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

Métodos anticonceptivos quirúrgicos y permanentes: criterios médicos

Para acceder a los métodos anticonceptivos permanentes, la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar señala la necesidad de un proceso de consejería amplio previo a su realización, la firma o huella digital de la usuaria o el usuario o, de ser necesario, de un representante legal en el formato denominado autorización quirúrgica voluntaria y consentimiento informado, y la valoración del riesgo quirúrgico y anestésico. En el caso de la OTB, el procedimiento puede realizarse en cualquier día del ciclo menstrual, bajo la certeza de que no existe embarazo, será como una cirugía de corta estancia; la vasectomía se manejará como cirugía ambulatoria y puede realizarse en unidades de primer nivel de atención, ambos procedimientos deben ser efectuados por personal capacitado y bajo las normas quirúrgicas y de esterilización necesarias (2004).

Aunque la NOM-005-SSA2-1993 estipula que siempre que se cumplan las indicaciones para seleccionar un método como la OTB y la vasectomía, la edad y paridad no serán factores para restringir el acceso (2004), los médicos/as entrevistados/as consideraron como criterio fundamental que la persona sea mayor de edad y que tenga capacidad para la toma de decisiones autónomas. Esto es importante pues, como se revisó en el marco teórico de esta investigación, la esterilización voluntaria de personas jóvenes, sobre todo sin hijos/as, suele cuestionarse por motivos edad:

La edad es un factor importante, porque es raro que una persona te pida limitar su fecundidad en una etapa plenamente reproductiva, y es difícil. Hay que ver el estado de salud, hay personas en las que está indicada una cirugía que limite la fecundidad, por ejemplo, mujeres u hombres que tienen epilepsia, enfermedades degenerativas, esclerosis, cualquier enfermedad puede ser un factor para invitarle a cuidar su fecundidad, también su estado mental, porque hay personas que tienen una discapacidad intelectual, retraso mental, parálisis cerebral y que son susceptibles de abusos, entonces a veces se les cuida de esa manera o se le invita a la familia a que limiten la fecundidad. *Emma, centro de salud, CDMX.*

Es una decisión personal, entonces a los pacientes que son muy jóvenes sí se les hace hincapié que tomen esto en cuenta, que tal vez en este momento de la vida no quieran tener un hijo ¿pero si después encuentran una pareja? Y como nosotros vemos muchas pacientes que en edades avanzadas ya desean hijos, por eso les recomendamos que mejor utilicen un método de larga duración como el DIU *Mirena*, que tiene muy pocas complicaciones y son cinco años de duración en los que puedes tomar cualquier decisión, porque la vida va cambiando y un día decides una cosa, eres joven, tienes una perspectiva de la vida, del mundo, de la contaminación, de tu alrededor y en cinco años tienes otra, pero como tal una indicación precisa, la única es que tiene que ser mayor de edad. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Tiene que ver con esta naturaleza de filosofía de vida, de alguna manera en las mujeres con frecuencia viene a su mente la posibilidad de procreación, entonces entendemos que cuando son muy jóvenes pudieran tener inmaduro este aspecto de decisión moral, pero la realidad es que tenemos jovencitas de 25 años con tres y cuatro hijos, y también comprendo que su contexto de vida es diferente a otras, siempre hay que valorar caso por caso. La OTB es una decisión muy importante que va a afectar su vida, entonces tiene implicaciones morales. *Joel, médico ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Legalmente una persona a partir de los 18 años es capaz de dar autorización para un procedimiento de este tipo, sin embargo, nosotros sí tratamos de indagar un poco en el contexto social, en el contexto personal, inclusive en el contexto psicológico para que se pueda dar un buen fin a esta posibilidad. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

Existe una línea que va vertical del médico al paciente en lugar de ser horizontal, es paternalismo médico. Por ejemplo, tengo una paciente muy jovencita de 19 años, tuvo dos embarazos gemelares y luego dos abortos seguidos y cuando ella pide la OTB, la pidió dos veces, se la negaron por la edad. Entonces, ¿quién puede decidir por la otra persona? La chica es vigilante de un hospital, no tiene un hogar estable ni un sueldo estable, ella sabe por qué está pidiendo la cirugía y se la negaron por la edad. Cada quien sabe cómo está su contexto de vida y nadie puede decidir por la otra persona. ¿Cuándo se puede considerar que una persona es madura? tenemos gente inmadura de 70 años, entonces, por eso es importante una entrevista psicológica pero tampoco se puede imponer. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

Con respecto a la valoración psicológica y/o psiquiátrica, no se establece como un requisito conforme a la NOM-005-SSA2-1993. No obstante, los prestadores de

servicios médicos consideran que es un elemento que permite al usuario/a recibir información más detallada para evaluar su decisión y conferir mayor certeza:

En casos especiales como estos sí se recomienda por su edad, porque es joven y porque no sabemos qué consecuencias emocionales pueda tener en su vida futura, entonces lo que hacemos es tratar de hacerle reflexionar y que entienda que es una decisión definitiva para su vida. En el consultorio no tenemos mucho tiempo para poder estar sensibilizando y dando seguimiento emocional, por eso nos valemos de los psicólogos que son más aptos en eso, pero muchos no aceptan ir a psicología, entonces acuden a trabajo social para ver las alternativas de hospitales y ahí también hacen consejería. *Emma, médica general, centro de salud, CDMX.*

Puede que la persona rechace la evaluación psiquiátrica, pero no es para ver si está dentro de sus facultades mentales, sino para ver si la decisión la está tomando ella, que no hay ningún tipo de coerción. La evaluación la puede hacer un psicólogo o un psiquiatra y básicamente se aseguran de tu decisión, ya si observan que está totalmente segura pues sí se puede realizar, indagan sobre los antecedentes, la vida personal de la paciente o el paciente y que el deseo sea propio. Y tomando en cuenta que en una institución de salud todo son insumos, siempre se evalúa el costo beneficio, entonces yo creo que por eso también hay renuencia de los médicos. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

De manera privada nosotros tenemos apoyo con otros médicos, en el consultorio tenemos un filtro, que es un primer contacto en donde se hace una historia clínica, el perfil social, el perfil que pueda tener esta persona en cuanto a pareja, en cuanto a posibilidades que pueda tener más adelante dependiendo de sus necesidades y también lo podemos remitir a una valoración adicional con un psicólogo o psiquiatra, al final del día quien elige es el paciente, nosotros podemos decirle “tenemos estas posibilidades para

ofrecerte” y el paciente puede decirme, “¿sabes qué? no quiero más valoraciones” y así será si es un paciente adulto capaz de tomar una decisión. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

La evaluación psicológica es a la elección del paciente, se les platica la necesidad de por qué es importante y es para abrir un poquito más la conciencia, pero ahorita ya nada puede ser forzoso u obligatorio, porque estamos hablando de la dignidad del paciente y de su autonomía. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

Una de las inquietudes de esta investigación fue conocer los efectos que podría generar el uso prolongado de anticonceptivos hormonales; esta es una opción que ofrecen los prestadores de servicios médicos a las mujeres que buscan una OTB, teniendo como propósito una protección por un tiempo prolongado que les permita madurar su decisión, especialmente en mujeres muy jóvenes sin hijos/as. Al respecto, ¿cuáles son las consecuencias de la utilización de anticonceptivos hormonales?:

Cada vez son menos porque se ha disminuido la dosis, la cantidad de estrógenos y progestina es mínima, ha ido evolucionando mucho porque antes se manejaban cantidades muy elevadas, pero ahora se trabaja con la liberación lenta con dosis pequeñas, como es el caso del implante o el DIU *Mirena*, que lo que hace es liberar poco a poco progestina, en este caso son nulas las complicaciones. Hay algunas alteraciones hormonales, por ejemplo, amenorrea, en otras les da un efecto diferente y hay sangrado intermenstrual, otros efectos secundarios son la náusea, el vómito, la cefalea, pero son rarísimos, prácticamente nulos, pero bueno, existe la posibilidad. *Emma, médica general, centro de salud, CDMX.*

Pues en realidad las dosis actuales permiten que esos riesgos que teníamos antes sean mucho menores tomando en cuenta los antecedentes de los

pacientes, por ejemplo, para iniciar hormonales se le piden perfil de lípidos, pruebas de funciones hepáticas, que no tengan antecedentes de cáncer de mama, cáncer de ovario, de trombosis a ningún nivel, familiar y personal, ya cuando tienes eso ya sabes orientarte, hay que recordar que hay hormonales que no son tomados, como los parches y los DIU *Mirena*, y sí tiene secreción hormonal pero esta es local, entonces, cada uno tiene su indicación de acuerdo con la paciente completamente, también depende de la edad, en pacientes más jóvenes que no tienen una pareja sexual fija o bien establecida es recomendable el uso de un preservativo, un método de barrera para protegerlas contra enfermedades de transmisión sexual, y pues ellas prefieren hormonales o los parches, las pacientes de mayor edad prefieren el DIU *Mirena*. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Es muy importante decir que hoy los anticonceptivos hormonales mixtos, que son los que llevan estrógenos y progesterona, son sintéticos y contienen la mínima dosis necesaria y con eso se reducen enormemente las complicaciones, de hecho, hace años que no se reportan complicaciones importantes por el uso de métodos anticonceptivos. Hay estudios de largo plazo, más de 10 años, para ver si expresan algún tipo de cáncer a diferencia de los grupos de control que no usaron anticonceptivos o que tienen una cirugía definitiva y no hay ninguna diferencia, no se ha podido demostrar este tipo de riesgo que antes hacía mucho ruido para muchas pacientes sobre el riesgo de cáncer. Lo que sí está demostrado es que el uso de estrógenos en pacientes que tienen enfermedad cardiovascular, varices profundas, trombo embolias, no debemos darlos, esos casos pueden ser indicados para cirugía. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Por otro lado, Victoria, Miguel Ángel y Amelia hablan de los riesgos asociados con la realización de la OTB y la vasectomía, los cuales deben ser explicados claramente ya que todo procedimiento quirúrgico puede derivar en una

complicación, siendo este otro motivo por el que suelen recomendar la utilización de otro tipo de anticonceptivos como los hormonales o de barrera:

Ningún método tiene un 100% de fiabilidad, entonces todos los métodos tienen un fallo y el fallo de los métodos anticonceptivos permanentes es de 1% y depende de la técnica. En México se practica la oclusión tubaria bilateral tipo Pomeroy modificada, en la que se hace un asa de la trompa en su porción ampular que es la mitad de la trompa y se amarra y se corta, esta técnica es la que más comúnmente se recanaliza, entonces, yo estoy pensando que tengo anticonceptivo permanente, pero es posible que se recanalice y puedes tener un bebé. Segundo, hablando de las mujeres, el riesgo anestésico es alto, me someto a que me abran abdomen y ahí están todos los órganos y podemos perforar, encontrar adherencias de otras cirugías, puede pasar cualquier complicación estando en abdomen, y pues el riesgo que conlleva una cirugía normal, que es hemorragia, infección y muerte, complicaciones que tienen todas las cirugías. También, si es alérgica a algún medicamento, hay varios puntos que tomar a consideración. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

La posibilidad de complicaciones, si las hay, es muy menor. En unos dos o tres días pueden estar haciendo prácticamente el 95% de sus actividades cotidianas sólo que con precaución (...) Algo muy importante, es que una persona a la que se le realizó una vasectomía de manera reciente, sigue siendo fértil al menos unos dos o tres meses, porque el conducto se interrumpe pero pueden haber espermatozoides dentro de los conductos proximales que todavía se pueden trasladar en la eyaculación, de tal manera que, se le recomienda al paciente tener un tanto de eyaculaciones para que vayan limpiando los conductos, porque dentro de unos sesenta, setenta días, el paciente puede continuar siendo fértil, por lo tanto tiene que guardar ese aspecto. *Miguel Ángel, urólogo, hospital público, CDMX.*

La herida quirúrgica tiene que ser revisada para que no haya una infección, que no se abra o que haya inflamación. En el caso de las vasectomías, aunque se han reportado pocos casos, hay que estar pendiente que en los cabos del corte del tubo deferente no haya inflamación con la salida del semen o granulomas, esto se inflama y se siente como una bolita pequeña, generalmente no presenta dolor y se puede dejar, pero si el paciente tiene dolor pues hay que darle tratamiento, se recomienda el uso de suspensorio, aplicación de hielo y antibióticos. Si la bolita se hace grande y sigue causando dolor, hay que operar para quitar el granuloma; siempre que se hace una vasectomía el paciente debe cuidar a su pareja con otro método de planificación durante tres meses, por eso hay que hacer un conteo espermático y si sale en ceros se elimina el otro método y se hace otro conteo al año, porque si llega a ocurrir la recanalización de conductos esto sucedería en un año. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

Ya que la vasectomía es un procedimiento que se ofrece en diferentes clínicas y centros de salud, fue importante conocer el perfil de los/as médicos/as que pueden realizarla y si es necesario contar con algún tipo de especialidad para ello. Al respecto, los testimonios de Amelia y Miguel Ángel refieren contextos y posibilidades distintas, en particular sobre la posibilidad de recanalizar o revertir la cirugía:

Para que un médico realice vasectomías tiene que ser certificado a nivel nacional ante tres sinodales a los que se les demuestra que estás capacitado. No hay permisos para urólogos, ellos también deben certificarse, porque podrá ser sencillo, pero tiene que ser una atención de calidad. En los servicios de salud no se hace ese procedimiento [la recanalización], pero pueden pedirlo, dos pacientes que fueron operados hace 15 años vinieron a solicitarlo. Todo depende de la cicatrización que tiene el tubo deferente y tendría que ser realizado por un urólogo subespecializado y con equipo más sofisticado. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

He tenido conocimiento, sobre todo en algunos estados de la república, que hacen campañas masivas para realizar este procedimiento realmente rápido, algún amigo me comentó que lo llegaron a contratar para realizar en un día hasta cincuenta procedimientos en campañas, esto es algo increíble. Este tipo de procedimientos masivos comenzaron a realizarse inicialmente en China, empezaron a hacerse vasectomías de manera indiscriminada y se creó una técnica y equipo para que de manera más fácil se pueda realizar inclusive en el consultorio. Como urólogos o andrólogos siempre recomendamos que la cirugía la hagamos especialistas, porque en los hospitales del sector salud, con tal de dar la posibilidad de un método de planeación que pueda realizarse en el consultorio, lo hacen médicos familiares o ginecólogos. El objetivo, si tú lo ves frío, va a ser una vasectomía, sin embargo, cuando llegue un paciente adulto joven, en casos como tú lo dices que tiene cero hijos, nosotros como urólogos tenemos que garantizar que sea un sujeto cero espermatozoides y no tenga hijos, pero también, tenemos que abrir la posibilidad a que ese paciente en dos, tres, cinco años, quiera hacer una reversión de la vasectomía y con los métodos quirúrgicos que nosotros utilizamos se hace más factible poder recanalizar, a diferencia de la cirugía que hace un especialista que no es urólogo. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

Importancia del consentimiento informado

Un elemento muy importante en la solicitud de métodos anticonceptivos permanentes es el consentimiento informado, documento que representa la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica. Para obtenerlo, el personal médico debe comunicar de forma clara al paciente las características del procedimiento que se realizará, los riesgos y beneficios implicados y atender todas sus dudas, para lo cual es necesario un proceso de comunicación ético y de calidad entre el personal médico y el paciente:

El consentimiento informado se utiliza para cualquier cirugía y dice “yo en plenas facultades asumo que estoy solicitando este método teniendo la plena conciencia de que es un método definitivo” y lo firman. El formato es similar para todas las cirugías de ese tipo, en las clínicas de salud reproductiva existe un documento específico para esto, por normatividad existe. Se mencionan las complicaciones, los riesgos quirúrgicos, que será sometido a un acto quirúrgico con anestesia local o epidural, según sea el caso, todo eso va en el consentimiento informado. Una persona adulta con integridad intelectual lo acepta y no hay vuelta para atrás, solamente cuando ocurre que el médico lo hace en contra de la voluntad de la paciente y no existe ese documento, el paciente sí puede proceder legalmente. *Emma, médica general, hospital público, CDMX.*

Nosotros al momento que realizamos un procedimiento quirúrgico, siempre vamos a tener un consentimiento informado donde el paciente acepta los riesgos del procedimiento y donde se dice cuáles van a ser las consecuencias, de tal manera que en esta situación se le explica de manera extensiva cuáles son las posibilidades que va a tener con esta cirugía, qué situaciones va a tener inmediatas, qué consecuencias va a tener definitivas. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

La norma del expediente clínico dice cuáles intervenciones deben ser tomadas bajo consentimiento y está la operación del hombre y la mujer para ya no tener familia. El consentimiento informado es un proceso, se debe dar consejería para que se tome una decisión libre, informada, adecuada, esa es la importancia. El consentimiento informado es uno de los puntos del *check list* del expediente clínico, entonces, si la paciente luego se arrepiente y quiere demandar, uno tendría un expediente clínico completo donde muestre el proceso del consentimiento informado y además el documento firmado y validado, si a la paciente se le demuestra que se le explicó, que tuvo tiempo para pensar, que se le dieron alternativas, como marca la ley, y ella insistió

en operarse y la operamos, pues no hay manera que yo me vea sometido a un problema de mala *praxis*. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Aparte del procedimiento técnico, nosotros procuramos hablar todo a detalle, es importantísimo para el consentimiento informado. Antes se vasectomizaba sin consentimiento para lograr metas, ahora estamos en contra de eso y se les dice los riesgos y beneficios, se les reitera que en estos métodos no hay marcha atrás, por eso les pedimos que lo piensen bien, que evalúen si va de acuerdo con lo que les interesa, porque es poca la posibilidad de una recanalización urológica. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

Como vemos, la firma del consentimiento informado implica la comprensión y aceptación de todos los aspectos que conlleva el procedimiento de OTB o vasectomía. Sin embargo, ante la posibilidad de que la persona pueda cambiar de opinión y/o arrepentirse, es importante fortalecer la consejería médica y la realización de evaluaciones integrales que consideren aspectos físicos y psicológicos, pues si bien existen procedimientos que buscan restaurar la fertilidad —esta posibilidad es mucho más conocida en el caso de la vasectomía, pues en la mayoría de las campañas se hace referencia a su reversibilidad— no son efectivos en todas las personas:

Es muy frecuente que se arrepientan, la cantidad de gente que llega solicitando la reanastomosis¹¹ de los conductos después de la cirugía, es mucho mayor que la que pide que se le haga. Se arrepienten hombres y mujeres, pasan varios años y tristemente dicen “yo me operé y quisiera tener otro hijo, ¿qué puedo hacer?” y se les explica que ya no se puede, he tenido la oportunidad de ver muchos casos. *Emma, médica general, centro de salud, CDMX.*

¹¹ Cirugía de reconstrucción de las trompas de Falopio realizada a través de una microcirugía laparoscópica; se efectúan incisiones pequeñas en el abdomen por las cuales se introducen las pinzas y la lente que se utilizan para la reconexión de las trompas.

Nos llegan muchas pacientes grandes, añosas, que quieren una recanalización tubárica y la verdad en la actualidad se han demostrado muchos fallos de esta cirugía y sólo se le agrega un riesgo quirúrgico innecesario a la paciente, por eso se les hace hincapié en que la decisión esté bien tomada. La razón más común es una nueva pareja, o sea, tuvieron hijos a los veinte y tantos años, dijeron ya no quiero más, se hicieron la OTB y regresan a los treinta y tantos, cuarenta años, con una nueva pareja y le quieren dar un hijo. Tenemos pacientes que dicen “antes yo no quería, porque estaba más joven, estaba estudiando, mi carrea apenas empezaba, empezaba a trabajar” y hoy que están casi por entrar a la menopausia ya quieren, entonces son esos factores que nosotros observamos en las consultas lo que te obliga a decir tal vez es una etapa, tal vez es una fase que está viviendo esta generación, se nota que ahora hay un menor deseo y que lo manifiestan más, pero también aún tenemos la otra parte. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Posiblemente en toda mi historia como ginecólogo, unas tres pacientes sí me han pedido que las vuelva a operar para reconstruirles y son pacientes que han rehecho una familia. Mira, deben tener una reflexión muy importante, porque no es lo mismo no querer tener un hijo, a no poder tener un hijo. En la mente humana tiene mucho impacto, yo puedo decidir no querer tener más hijos, pero cuando yo ya me operé, mi mente me dice “tú no puedes tener hijos”, cambia la cosa. El otro punto importante es que a muchas mujeres que están buscando procrear les es tremendamente angustiioso y se hiere mucho su autoestima cuando no logran un embarazo. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Nosotros hemos hecho reversiones en pacientes de mayor edad, todos de cuarenta años, aproximadamente. Ocurre una situación con su pareja actual, entonces hay un cambio de proyecto de vida y pues obvio su pareja es quien le solicita la reversión, el hombre casi siempre lo termina haciendo como una

forma de complacer a la pareja, entonces acuden a valoraciones o entre los mismos amigos solicitan el dato de algún urólogo que pueda hacer una reversión. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

Con los pacientes de vasectomías les decimos “en el momento que venga al procedimiento y esté preparado y ya esté todo listo, si usted tiene una mínima duda, no se opere, no está obligado a aceptar hasta que esté plenamente conciente del paso que va a dar”. Hay más mujeres que se arrepienten, ahorita recuerdo a cuatro, y generalmente son mujeres multigestas con más de cinco hijos, pero después tienen una vida con otra pareja y sienten la necesidad o la obligación de tener un hijo con la otra pareja para pertenecer, eso parecería, porque son pacientes con bastantes hijos, pero desean uno de la pareja actual. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

El campo de las técnicas de reproducción humana asistida se posiciona actualmente como un área de alta complejidad e importancia para el sistema nacional de salud, pues se ha reconocido que la infertilidad puede ser un problema de salud pública debido al impacto psicológico y social que puede generar en la persona. Por lo que, ante la dificultad de realizar una cirugía efectiva para restaurar la fertilidad después de una intervención quirúrgica, una opción es recurrir a dichas técnicas:

El porcentaje de éxito depende de la edad, más que otra cosa, de los tejidos. También se les dice que está la opción de una fertilización *in vitro*, que es lo más adecuado. Se tiene que recolectar sus óvulos y fertilizar por fuera y luego implantar los embriones, estas técnicas son bastante frecuentes, pero se hacen en tercer nivel y no aceptan mujeres muy mayores. Nosotros enviamos a las pacientes al INPER y al Hospital 20 de noviembre, en este aceptan a las pacientes hasta los 35 años y en INPER hasta los 30, por muchísimas razones médicas. Hay que tomar en cuenta que todo procedimiento de reproducción conlleva una estimulación hormonal, entonces volvemos a los

antecedentes personales y depende de cada paciente y las características, ya es una ciencia aparte la fertilidad. *Victoria, médica ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Es importante señalar que la reproducción asistida no sólo coloca su foco en las mujeres, pues en este campo la reproducción como imperativo toma un efecto relevante también en los hombres. Al respecto, Miguel Ángel menciona:

Tenemos que tomar en consideración que cuando hay un problema de fertilidad, únicamente de 10 a 15% corresponde al factor masculino, el 80% corresponde al factor femenino, entonces, por eso casi siempre el caso lo toma el ginecólogo. Sin embargo, cuando llega a identificarse en el factor masculino la alteración de la calidad en la fecundidad, el hombre es afectado en lo moral, dentro de todo este tema de hombría y al saber de las pocas posibilidades del hombre de tener hijos, mentalmente se siente mal. Nosotros con los procedimientos que podemos ofrecer, quirúrgico o inclusive de tratamiento médico, logramos hasta un 90% de posibilidad por vía natural en el factor masculino de que el paciente pueda tener una familia. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

Consejería médica y esterilización voluntaria

Hasta ahora los relatos muestran la importancia que guarda la consejería anticonceptiva para la toma de decisión, pues es en este espacio donde se expresan las necesidades y dudas de quienes soliciten cualquier método anticonceptivo, y en el caso de la esterilización voluntaria resulta ser un criterio fundamental. ¿Qué tipo de información se proporciona por parte del equipo médico a una persona sin hijos/as por elección que desea limitar su fertilidad?:

Te explicaría en qué consiste el método, por qué es definitivo, te invitaría a darte un tiempo para tomar una decisión, si eres una persona muy joven te

invitaría a que reflexionaras sobre tu proyecto de vida y con base en esos factores ya tienes las herramientas, los conocimientos, ahora decide. También hay que plantearle otras alternativas y las posibilidades, como tenemos métodos tan buenos, tan inocuos, como el implante subdérmico, que además es muy caro pero se le ofrece gratuitamente a cualquier mujer que lo solicite, dura tres años y no va a tomar nada, después se puede volver a platicar, eso es parte de la consejería, entonces tiene que ver con la sensibilización de lo que implica utilizar un método anticonceptivo definitivo para no tener familia y se le puede enviar a psicología o a trabajo social para que ellos también hagan otra consejería, y cuando el usuario ya es conocedor de lo que implica el método, se le pregunta si está seguro y si lo quiere hacer, como es una persona adulta y con libre albedrío, su decisión es respetada. *Emma, médica general, centro de salud, CDMX.*

En realidad, la consejería es personalizada porque hay muchísimos factores que tomar en cuenta, antecedentes personales, familiares, de enfermedades, lo que la paciente quiere, porque si dice “no estoy segura” le recomiendas los métodos anticonceptivos que son a largo plazo, como DIU *Mirena* que dura cinco años, pero si están seguras ya les das toda la información, la consejería la determina cada paciente. Informar sobre métodos anticonceptivos es una consulta de tres horas o más, porque es muy particular, es muy importante individualizar a la paciente. Y de métodos definitivos, pues yo creo que es una decisión personal que tiene que tomar en confianza con su médico una vez que atiendan a los riesgos, las complicaciones que se puedan dar y los beneficios, una vez que se pondera todo eso, se puede tomar una muy buena decisión, pero sí tiene que ser de la mano de un profesional de la salud, no pueden sólo ser panfletos que se repartan. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Cuando el paciente dice “sabes no está en mis planes tener hijos, quiero la vasectomía” nosotros obviamente lo invitamos a que lo medite nuevamente

o le informamos que tiene la posibilidad de recanalización, si más adelante llegan a cambiar de opinión, para que no se quede con ese concepto únicamente de que ya se hizo su vasectomía y es lo definitivo. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

Principalmente es averiguar cuál es la necesidad del paciente, debemos de ser muy respetuosos ante las necesidades de los pacientes, anteriormente la medicina era muy paternalista, haz de cuenta que llegaba el paciente y le decías lo que tenía que hacer, ahora de acuerdo con su contexto familiar, sus metas, su plan de vida, se hace un plan respetando la autonomía del paciente. Nosotros les damos una explicación lo más clara y didáctica del proceso, se les comenta que es irreversible, aunque también hay una poca posibilidad de recanalizar los conductos por medio de microcirugías urológicas, pero es muy poca la probabilidad, entonces los hacemos conscientes, les hablamos de los efectos adversos que se pueden presentar porque, aunque sean mínimos, los tienen que conocer, los citamos de dos a tres veces y les recomendamos un pase a psicología, les damos su pase de interconsulta para que vayan si ellos gustan, regresan y entonces se les hace el proceso del consentimiento informado y firman un documento en el que están aceptando que se les está explicando cómo va a suceder todo. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

Primero consideramos el nivel de riesgo conforme a características médicas, el segundo punto que platicamos ampliamente es su perfil de vida, el estado civil, si desean cuidarse unos meses o varios años, si su preferencia y valores religiosos les permite o no utilizar ciertos métodos, entonces ya oriento. Tengo tres parejas en matrimonio que voluntariamente me dicen “no vamos a tener hijos” y generalmente cuando tocamos el tema de algo definitivo, les digo que la dimensión procreativa de la persona atraviesa las demás dimensiones del ser humano y si tenemos métodos de larga duración que podemos usar sin causar ningún daño o mayor riesgo, les recomiendo que

usen ese tipo de métodos. En el ámbito público definitivamente no hay tiempo para la consejería, tienen que ver a una persona cada 15 minutos y en ese tiempo hay que aplicarle el método y explicarle, es muy difícil porque además no todas las personas saben hablar con facilidad sobre sus valores, su proyecto de vida, su cultura, y esas cosas son muy importantes en la consejería de métodos anticonceptivos. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Si bien la Secretaría de Salud emitió las indicaciones médicas y técnicas para la selección y realización de la OTB y la vasectomía, algunos prestadores de servicios médicos determinan criterios basados en su propia percepción sobre el tema que pueden restringir el acceso. En el caso de las personas sin hijos/as que buscan una esterilización esto puede agudizarse, ya que al ser un fenómeno que comienza a presentarse en el sistema de salud, esta población no existe dentro del marco normativo existente, por lo que el trato del equipo de salud a estos casos puede favorecer actitudes paternalistas y/o de discriminación:

Es muy frecuente, lamentablemente; se confunde la consejería con abuso de autoridad médica, una cosa es dar la consejería, se ponen los pros y los contras, se ayuda a que la persona tome su decisión dándole herramientas para que la puedan tomar, y cuando el médico no sabe manejar esta situación, lo que hace es ordenar, juzgar, anteponer sus principios a la ética médica, o sea, son sus propias experiencias o lo que ellos piensan lo que quieren hacer valer, no el respeto a la decisión del paciente, hay médicos muy obstinados con lo que se debe de hacer y no hacer de acuerdo a ellos. *Emma, médica general, hospital público, CDMX.*

Al final es el paciente o la paciente quien tiene el derecho de decidir lo que quiera, pero le sugerimos lo que en un futuro puede ser más benéfico. En realidad, los médicos estamos muchas veces entre la espada y la pared de los fenómenos sociales que se dan y nuestra labor es informar a partir del

conocimiento que nosotros adquirimos en tantos años de estudio, pero no sé si es por la sensibilidad de los temas que a veces se piensa que juzgamos, no sólo vemos a la persona, vemos los casos y siempre intentamos anteponer y salvaguardar la integridad física de la persona, porque es nuestra labor. Entonces, en este tema que investigas, decimos “está sana ¿para qué la voy a operar si no lo necesita?”, no es juzgar sus ideales o su persona pero si tenemos la oportunidad de utilizar otro tipo de métodos como el DIU *Mirena* que dura cinco años o el *Implanon* que dura tres, igual en ese tiempo cambia su mentalidad, y más por lo que hemos vivido nosotros cuando solicitan recanalizaciones tubáricas. *Victoria, ginecóloga, hospital público, CDMX.*

Nos mueve un poco realizar una esterilización a una mujer sin hijos, como vemos muchas mujeres que no se pueden embarazar, se desesperan, hay angustia, pérdida de la autoestima, entonces somos muy cautos. Yo no soltaría muy rápido la operación porque me da la sensación de que el valor procreativo dentro de la dimensión sexual de la persona es muy importante, entonces no es algo que yo promueva fácilmente. Las mujeres que no han tenido familia y no quieren embarazarse, difícilmente yo les practico una cirugía definitiva y no la practico porque les recomiendo métodos que hoy son muy seguros, muy efectivos, que tienen mínimos riesgos o no los tienen, porque se han ido perfeccionando mucho. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Yo creo que es por ignorancia, he platicado con compañeros y me han dicho que el deber moral de una paciente es tener hijos, entonces implica mucho la forma de pensar de ellos sobre otras personas. Falta mucho respeto a la autonomía, de verdad, hasta por justicia social porque, ¿cómo una persona va a decidir por otra? No podemos permitirlo, el respeto es la base de todo, por eso el paciente debe estar ampliamente informado y decidir. Por ejemplo, en los Países Bajos, en Noruega y en todos esos, hay más vasectomías que OTB, aquí por lo cultural yo creo que no es la misma posibilidad, desde el

momento que el mismo especialista le niega la posibilidad a la paciente, yo creo que sí es cuestión de cultura y de ignorancia también, así como falta de difusión porque la educación es la base. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

Durante la consejería, Emma y Joel hablaron sobre el cambio que han podido identificar en la ideología de las mujeres con respecto a la maternidad y la solicitud de anticonceptivos, situación que difiere de acuerdo con el contexto de atención médica y las características educativas, socioeconómicas y culturales de cada mujer. Joel también señala lo determinante que resulta la religión en la vida sexual y reproductiva de algunas mujeres. Sobre esto, es importante decir que en el grupo de participantes de esta investigación sólo una mujer y un hombre se asumieron como católicos, el resto indicó no profesar ninguna religión:

Ya comienza a haber una apertura, ya es diferente, pero en este hospital en la Cuauhtémoc todavía hay gente muy conservadora, por lo mismo no hay mucha educación y las mismas mujeres siguen presionando a las mujeres de generaciones más jóvenes a tener hijos, porque la mujer sigue teniendo su valor por tener hijos. En otros sectores, quizá ya no es tanto así, mientras una mujer esté más preparada cada vez tiene menos embarazos o no los tiene. *Emma, médica general, hospital público, CDMX*

Desde hace muchos años que iniciaron los métodos anticonceptivos permitieron a la mujer redefinir su rol y espaciar los hijos, trabajar e incorporarse de una manera más definitiva a la parte productiva de la sociedad, sin duda hay un cambio en los valores y en la presencia de la mujer, entonces hay una exigencia de tener acceso fácil a usar métodos anticonceptivos, y te podría decir que son personas que tienen estabilidad, que trabajan, que entienden claramente que su rol o papel ahora es otro y están tranquilas. Ciertos grupos que llegaron a tener en consulta que son muy ortodoxos en sus religiones, están abiertos a la vida y a veces usan métodos

de planificación naturales, hay dos principios importantes en estos grupos, el inicio de vida sexual es a edades tardías y por lo tanto suelen tener menos parejas o una sola pareja sexual y una vez que están en matrimonio suelen reproducirse como un mandato. Ninguna de ellas que conozco, de la religión judía, católica o cristiana, tienen en su mente no reproducirse. La religión monoteísta, las tres principales del mundo, tienen como mandato religioso reproducirse y es como un agregado a su moral natural. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

Asimismo, los hombres muestran mayor interés por controlar su fertilidad, aspecto que podría estar influido por la realización de campañas informativas sobre métodos anticonceptivos, así como jornadas médicas en distintas unidades de salud para practicar la vasectomía de manera gratuita, acciones que buscan promover la equidad y el acceso a la salud sexual y reproductiva:

Cada vez hay una mayor conciencia de que el hombre se haga la vasectomía y cuando un hombre toma esa decisión, la toma mucho más consciente y entregado a su familia, está tomando una decisión por su esposa. *Victoria, ginecóloga, hospital privado, CDMX.*

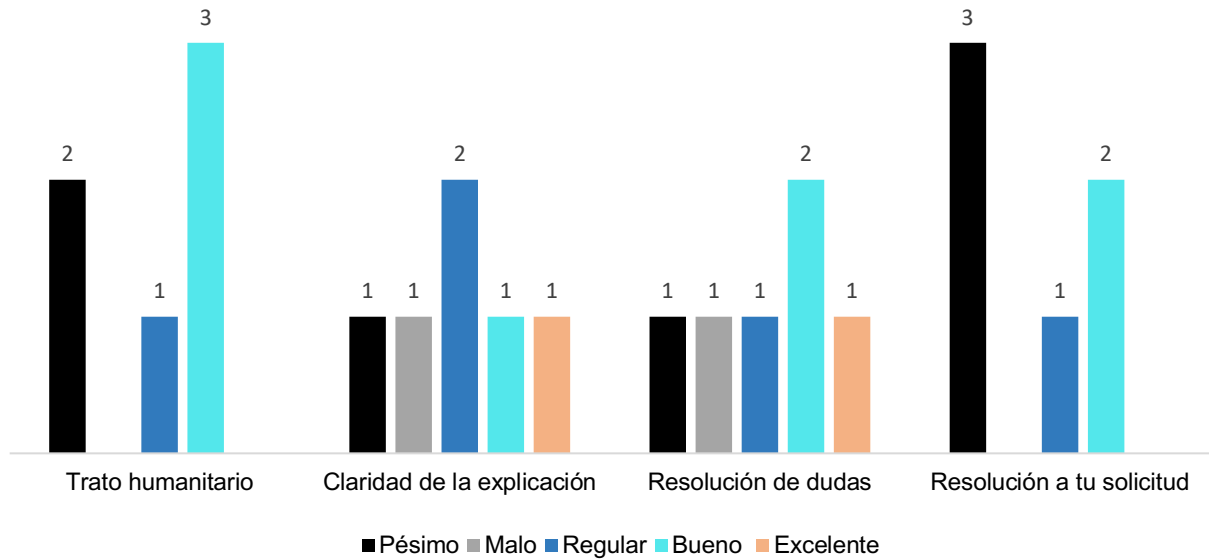
Para nosotros como población mexicana formar una familia, tener una estabilidad en este sentido, sigue siendo algo bastante importante para la gran mayoría. Sin embargo, cada vez es menor la resistencia de los hombres a la vasectomía, el hombre tiene mayor conocimiento de que no hay tanta complicación. Al menos en su cabeza está que es una posibilidad para él, digamos para estabilizar su familia, cabe mencionar que cuando el paciente va a solicitar la vasectomía, siempre va con su pareja, va a revisión tomado de la mano de la pareja, difícilmente el hombre llega solo. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

Si te fijas no hay una clínica del hombre, es más difundida la detección para cáncer cervicouterino que para cáncer de próstata, entonces también es la inclusión para que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, también es porque la vasectomía es mucho más económica y sencilla que una OTB en todos los aspectos, igualmente es por una cuestión de que la pareja ya estuvo embarazada con los achaques que implica y también hay que incluir a los hombres en la planificación familiar, queremos concientizar que el hombre es importante. *Amelia, médica general, hospital público, Zacatecas.*

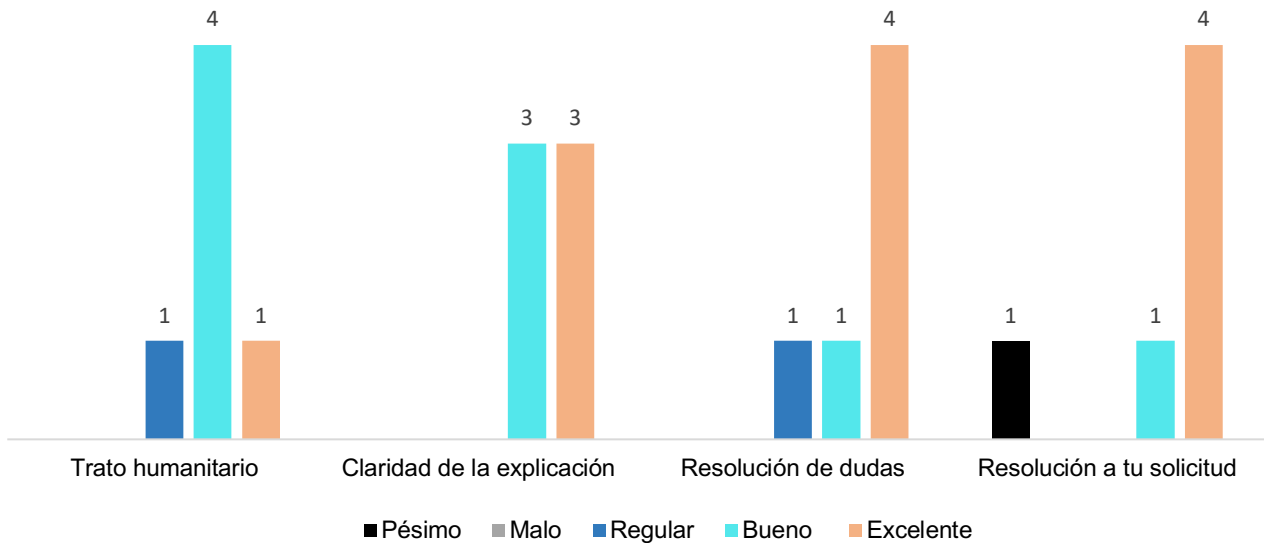
La relación médico - paciente

Para conocer sobre la calidad de atención que recibieron al solicitar un anticonceptivo permanente las mujeres y hombres sin hijos/as que participaron en esta investigación, evalué a través de algunas preguntas ciertos aspectos que se destacaron como importantes en la consejería médica: trato humanitario, claridad de la explicación, resolución de dudas y resolución a su solicitud. En las gráficas siguientes puede verse que las valoraciones de los hombres fueron mejores que las de las mujeres, pues como se verá en el apartado dedicado a la trayectoria de atención médica, las participantes recibieron constantes cuestionamientos por ser mujeres, jóvenes y sin hijos/as, mostrando un acceso diferencial a la esterilización voluntaria por motivos de género.

GRÁFICA 1. ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO AL SOLICITAR UNA OTB
n=6 Mujeres



GRÁFICA 2. ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO AL SOLICITAR UNA VASECTOMÍA
n=6 Hombres



Fuente: Elaboración propia.

De igual forma, las gráficas muestran que sólo en el grupo de mujeres se señaló que no hubo un trato humanitario¹² en la atención que se recibió, además de que las valoraciones en cuanto a la claridad de la explicación y resolución de las dudas

¹² Pues se mencionaron situaciones como descortesía, prepotencia, discriminación y falta de respeto a su decisión y a su intimidad.

fueron heterogéneas, a diferencia del caso de los hombres, lo que habla de la variabilidad de los procesos de atención a estos casos.

En consonancia con los resultados de las gráficas, los/as médicos/as entrevistados/as destacaron algunos aspectos que en la relación médico-paciente deberían mejorarse para brindar una atención eficiente y de calidad a quienes solicitan una esterilización voluntaria, sugiriendo una aproximación ética basada en el respeto a la autonomía de la persona y acciones de capacitación para el equipo de salud. A su vez, señalaron como deficiencias estructurales que limitan la aproximación del médico, el escaso tiempo de consulta, los recursos con los que cuentan los establecimientos de salud y el *habitus* médico, pues en el espacio de la consulta se despliega la autoridad científica y moral que restringe la elección de métodos anticonceptivos:

Hay que hacer el *switch* de “yo médico todo poderoso que decido por la gente” a considerar a todos los pacientes como personas cuidando el respeto y su dignidad. Si abres la Ley General de Salud y buscas dignidad, verás que aparece varias veces, de tal manera que hoy el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de atención, nos exige cuidar a la persona de manera íntegra y respetar su dignidad, este cambio de valor en la atención es importantísimo. *Joel, ginecólogo, hospital privado, CDMX.*

La comunicación directa, tendría que ser más efectiva, darles el tiempo que necesitan para que sean escuchados, a los jóvenes sobre todo, porque se disponen de 20 minutos para una consulta completa, revisión, notas, todo lo que se tenga que hacer, es imposible prácticamente, muchos de los compañeros no tienen facilidad de palabra, no todos tienen la misma formación, entonces hay médicos que pueden preferir no tocar el tema y no les dan la confianza, porque a veces se quiere hablar de estos temas y si uno está con una carota o con prisa, o ni siquiera los voltea a ver, entonces ya no hablan, se bloquea la comunicación, y es lo que más se tendría que

mejorar, la comunicación directa. *Emma, médica general, hospital público, CDMX.*

Sería muy importante una capacitación constante en los temas de planificación familiar y saber cómo generar confianza para poder escucharlos, podemos ver que se están llevando a cabo muchos cambios en la sociedad, la cultura, cada vez se planea más, se puede decidir, podemos decir que los jóvenes están muy empoderados y muchos ya toman sus propias decisiones respecto a la paridad; son cambios importantes y tenemos que prepararnos para poder apoyar a los jóvenes en este cambio. *Amelia, médica general, hospital público, CDMX.*

El médico general en nuestra población ha perdido mucho valor y no hay mucha capacitación. Sin embargo, muchos de estos pacientes tendrían que pasar un primer filtro o primer contacto, es ahí donde el médico general o familiar, tendría que estar siendo capacitado y entonces podrían apoyar mejor a la gente que está recibiendo la atención. Ahora yo creo que este tipo de procedimiento [la vasectomía] debería ser revisado por especialistas, al menos un urólogo. Este tipo de pacientes podemos considerarlos como pacientes nuevos, no es grupo de pacientes que pretendemos encontrar, pero es un grupo que se ha desarrollado recientemente y si no hay capacitación desgraciadamente van a ser relegados en las instituciones públicas. En las instituciones públicas la cantidad de retrasos en programación de cirugías es lo que impide conocer las necesidades en ese tipo de situaciones, los hospitales están saturados, los médicos son insuficientes, los tiempos de espera son prolongados, para una cirugía inclusive de urgencia. *Miguel Ángel, urólogo, hospital privado, CDMX.*

A la luz de las experiencias, tensiones y perspectivas que hemos revisado con los testimonios de los/as médicos/cas, en seguida se presentará la trayectoria de atención médica de las/os participantes que accedieron a la esterilización en

instituciones del sector salud tanto públicas como privadas, pero también se describirá la experiencia de aquellas informantes que no pudieron tener acceso a la OTB.

Trayectoria de atención médica y esterilización voluntaria

Es importante aclarar que si bien el concepto trayectoria de atención médica¹³ se presenta en el abordaje del proceso-salud-enfermedad-atención, en esta investigación no se emplea para analizar ninguna enfermedad. No obstante, he decidido recuperar tal concepto pues la solicitud de la esterilización voluntaria se concreta en las instituciones de salud, enfrentándose a procedimientos y discursos médicos hegemónicos del cuerpo y la reproducción, mostrando escenarios de tensión entre las mujeres y hombres sin hijos/as y el equipo de salud.

Para abarcar dicha trayectoria, el análisis se ha dividido en tres momentos: *la solicitud de la esterilización*, primer momento en que se busca concretar la decisión y los/as participantes se introducen al sistema médico donde puede darse un rechazo a su solicitud; *la realización de la cirugía*, donde se describen aspectos del procedimiento médico desde la perspectiva de las/os participantes, así como de la relación médico-paciente en dicho momento; por último, *los beneficios posteriores a la esterilización*.

La solicitud. “Estoy buscando una salpingoclasia”

El rechazo a la procreación puede ser interpretado en la comunidad médica como una conducta de desequilibrio psicológico, las personas que manifiestan este interés son percibidas como rebeldes, egoístas e inmaduras, pues en el caso de las mujeres la reproducción y la maternidad son el camino por el que verán satisfecha

¹³ El concepto de trayectoria de atención médica dentro de la antropología médica se ha utilizado también como carrera del enfermo o carrera curativa. Erving Goffman, en su obra *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1972), utiliza el término carrera para designar “cualquier tipo de trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida”. La característica principal de la noción de carrera, es que incluye aspectos individuales de la persona al tiempo que examina las relaciones de tipo institucional, dando un panorama de lo personal y lo público (Goffman, 1972).

su feminidad (Gillespie, 2000), en tanto que para los hombres la reproducción representa un símbolo de su masculinidad y virilidad. En este contexto la edad se manifiesta como un elemento clave para evaluar la toma de decisión con respecto al deseo de no tener hijos/os y la búsqueda de la anulación de la capacidad reproductiva:

Una amiga iba al IMSS y como aquí en Colima es muy chiquito todo y es muy fácil que vayas y te atiendan bien, ella me dijo “aquí en el Seguro te dan pastillas y seguramente si quieres te pueden operar” y fui y les dije que no quería tener hijos nunca y que me quería operar, me dijeron “no se puede estás muy chava, piénsalo”. Pero pasó un año, regresé y les dije que seguía pensando lo mismo y que me quería operar, y me dijeron “qué tal que conoces un muchacho bien guapo y quieres un hijo de él y ya no se lo puedes dar”, y yo pensaba “¡no mames! ¡cómo por conocer un muchacho guapo vas a querer tener un hijo!” *Gina, 32 años.*

Le comenté al doctor “estoy buscando una esterilización, una salpingoclasia, estoy consciente que soy muy joven, dígame ¿a qué edad podría empezar a ver?” El médico familiar me felicitó y me dijo que era una persona muy consciente y me mandó a cita con el ginecólogo, él sí me cuestionó por qué no quería tener hijos, me decía “¿No te gustan los niños? ¿Tu pareja está de acuerdo? ¿Eres casada? ¿Por qué si no eres casada quieres hacerlo? ¿Qué tal si tu pareja quiere hijos? ¿Estás completamente consciente de que después de esta operación no vas a poder tener hijos nunca jamás?” Me lo preguntó varias veces con molestia. *Diana, 23 años.*

A los 21 años acudí a un centro de salud a pláticas sobre vasectomía y se sorprendían porque era muy joven, me preguntaban si tenía muchos hijos o si era gay. Ahí la doctora me dijo que lo pensara bien, que los jóvenes se arrepienten, que no lo aconsejaba. Me dio muchas largas y entonces fui a un

particular donde el doctor me dijo que era muy caro y que me iba arrepentir.
Leo, 26 años.

La primera vez que busqué la vasectomía me la negaron tajantemente, en el seguro social me dijeron que no se hacía a los menores de 25 años y menos que no tengan hijos, el doctor me escaneó de arriba para abajo y me dijo con cara de maestro “tú no sabes nada”, tenía que ser mayor, tener por lo menos uno o dos hijos y estar casado o juntado. Fue tajante y casi se burló. Después busqué con un médico particular y me decía lo mismo, que lo pensara, que estaba muy chico, y creo que es normal porque de joven eres más inconsciente e irresponsable, pero también basta con voltear a la calle y cuántos mocosos no van ya por su cuarto hijo; esos también son jóvenes y a la gente le vale. *Oswaldo, 28 años.*

A los 21 años me voy a vivir a Ciudad Mante, Tamaulipas, y una de las primeras cosas que hago es acercarme al Seguro Social, que en esa época practicaba vasectomías gratuitamente, me acerqué al departamento de urología para hacerme la vasectomía y me la negaron porque estaba muy joven, porque era una decisión muy complicada que no se puede tomar a la ligera, me dijeron que no y me dieron mi buena dotación de condones. *Julián, 45 años.*

Como se ha mostrado en los testimonios, en el caso de las mujeres suele apelarse a la pareja o las futuras posibilidades amorosas que pueden llegar a sus vidas, considerando que, en primer lugar, no pueden tomar decisiones autónomas y que es importante que experimenten la reproducción y la maternidad dentro de su deber ser femenino, de lo contrario pueden experimentar culpa o arrepentimiento. Para los hombres, si bien no es fácil que se realice una esterilización y menos en aquellos que no han tenido hijos/as, en el ámbito médico las normas culturales sobre la paternidad, la sexualidad y reproducción masculina no son tan vigiladas ni se atienden desde una óptica punitiva como en el caso de las mujeres. No obstante,

en general, los testimonios dejan ver que los médicos/as tienden a valorar negativamente las ideas de los entrevistados/os y determinan cuáles son las decisiones correctas sobre la procreación para mujeres y también para hombres:

En Guadalajara fui al IMSS a solicitar la vasectomía y la doctora que me atendió me dijo “bueno, pero necesito mandarte primero a un psicólogo para confirmar que no estés loco, que no es algo momentáneo y que no te vas arrepentir después”; yo pensé que era un requisito bastante inusual. Busqué un médico privado a través de mi seguro de gastos médicos mayores y resultó que se especializaba en facilitar la reproducción, pero me mandó con otro y ese a cada rato me preguntaba mi edad, me decía que me iba a arrepentir y que los hijos son el punto de unión de un matrimonio, y si algún día me peleaba con mi pareja, los hijos eran la razón para considerar quedarte con tu pareja. Al final me dijo que sí me la iba hacer, me explicó todo el procedimiento de la operación, me dijo que necesitaba una carta responsiva y que me cobraba cuatro mil pesos. *Enrique, 35 años.*

El argumento que le daba a los médicos era que yo no iba a mantener ni a cuidar niños porque no está en mi naturaleza, yo soy muy egoísta con mi tiempo y con mi espacio. A los 24 años fue cuando convencí a un médico de un servicio de salud de Ciudad Mante, de que definitivamente yo estaba muy seguro de no querer tener hijos y que quería la operación, él fue el que me llevó a Tampico porque la operación no la hacían en Mante, sino en un hospital de Tampico, y por lo menos en Tamaulipas fui el primer soltero sin hijos que se operó, porque los varones que solicitaban la vasectomía ya tenían por lo menos uno o dos hijos. *Julián, 45 años.*

Desde los 19 años cuando rotaba en ginecología a los doctores les pedía que me hicieran la OTB y todos decían que no, que era muy chica y que si luego me arrepentía les reclamaría por arruinarme la vida; como 12 o 13 médicos me dijeron que no. A los 21 lo intenté en el ISEM en Valle Ceylán, en un

hospital de ahí intenté hacerlo más formal y fui a consulta y como no tenía hijos me mandaron con la trabajadora social quien me dijo que estaba muy joven, me dijo, “¿qué tal que llega alguien que te hace cambiar de opinión? ¿Cuándo has visto que alguien diga que sus hijos no lo hacen feliz?”, me quería vender la idea de que tener hijos es sinónimo de felicidad y no tenerlos es una miseria. *Estefanía, 26 años.*

Es importante decir que en algunos casos no siempre fue un proceso complicado acceder a la OTB o la vasectomía; no obstante, enfrentaron múltiples cuestionamientos basados en la moral o ideología de las/os médicos/as sobre el deber ser femenino y masculino, aun cuando al final accedieron a practicar la esterilización, como se muestra en seguida:

Fui al IMSS y en mi cita de ginecología le dije al doctor vengo a que me hagan la OTB y me dijo “estás joven, ¿cuántos años tienes? ¿Cuántos hijos tienes?”, le dije que 29 años y ningún hijo y me respondió, “¿por qué mejor no le dices a tu pareja que se la haga?”, porque pensaba que mi papá –que me acompañaba– era mi pareja, pero le dije que era mi papá; yo no tenía pareja. Me contó de sus hijos, pero hasta ahí, como que sí me respetó y me dijo “pues ojalá que tengas suerte” y me mandó con otra doctora y ella me preguntó cuántos años tenía y si estaba segura y entonces me dijo, “¿y si llega tu príncipe azul?”, y le dije, “pues si llega debería de respetar que yo no quiero tener hijos”; me dio unos papeles para firmar y me dijo que debía ir el lunes para que me programarán. Todo fue muy rápido, hasta dije “¡estoy de suerte!” Creí que me iban a mandar al psicólogo, pero no. Yo creo que también porque sabía lo que quería, llegué diciendo que no quería tener hijos y que estaba decidida. *Celia, 29 años.*

Una amiga me habló del Hospital de la Mujer, ahí me canalizaron al departamento de planificación familiar y ese mismo día me pasaron con una doctora para darme información sobre la vasectomía y las fechas para

realizármela por si me decidía y dije que sí. Te hacen un pequeño cuestionario, pero nunca tratándote de convencer o juzgándote, sólo te preguntan tu edad, si tienes hijos, si estás seguro de hacerlo, pero nunca persuadiéndote. *Daniel, 29 años.*

En mi clínica primero me mandaron a medicina preventiva y ahí me hicieron la cita para ir a urología, ya tenía 26 años. El doctor me preguntó dos veces si estaba seguro y le dije que sí y me dio una cita informativa, le dije que ya tenía cinco años viendo videos y leyendo información, me hizo una entrevista breve para ver si sabía en qué consistía y si conocía algún otro método anticonceptivo, pero muy breve, después me dio una hoja de que yo estaba de acuerdo y dije que sí. Yo estaba muy emocionado cuando me dijeron que sí. *Oswaldo, 28 años.*

Un aspecto que sugieren los testimonios anteriores es la consejería que debe otorgarse para la elección de métodos anticonceptivos temporales o permanentes, misma que hemos revisado anteriormente, la cual debe incluir “un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y lo usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinde a los solicitantes métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales” (Vallarta, 2005, 257). Al respecto, un claro testimonio de la consejería es el de Leo:

Me dieron información del porcentaje de eficacia, los síntomas que te pueden pasar, los mitos, de que mucha gente piensa que a lo mejor te afecta la vida sexual. Y en general sí se me explicó cómo eran los métodos. En el centro de salud donde me operaron utilizaban cuatro métodos: el amarre, la cauterización, el corte, y la envoltura, algo así, entonces es casi imposible que se deshaga la operación. *Leo, 26 años.*

Por otro lado, Anne Donchin reflexiona sobre los nuevos modos de reinterpretar la autonomía y las relaciones en los ambientes sanitarios proponiendo un modelo similar a la relación que existe entre hermanas, una relación semejante a la fraterna en el ambiente sanitario, esta metáfora incluye expectativas donde se comparten recíprocas obligaciones (Donchin, 2001). En este contexto, sitúo el siguiente testimonio de Estefanía en el cual puede verse no sólo la dificultad de acceder a la esterilización, sino las relaciones de empatía entre mujeres que se sugieren en su relato:

A los 23 años una cirujana me realizó la OTB. Un día en el descanso del quirófano le dije “doctora yo sé que usted no es ginecóloga, pero todos me rechazan y quería ver si podría hacerme la OTB”, me preguntó si estaba segura y me pidió que se lo firmara, me operaron en un hospital privado que está en Toluca. Creo que lo hizo por respeto a las decisiones del paciente, pero también por ser una mujer que se desarrolló en el ambiente hostil de la medicina y eso sirvió para que se solidarizara conmigo. La cirujana me respetó y también la enfermera instrumentista, ella lo único que hizo fue preguntarme rápidamente unos minutos antes de la cirugía si estaba segura, pero si no fuera porque esa gente decidió respetar mi decisión yo seguiría sin haberme operado, porque en México hay una cultura de procreación muy cañona y los médicos no conciben que alguien no quiera tener hijos.
Estefanía, 26 años.

El testimonio de Estefanía, como otros que se han expuesto antes, refiere a lo que puede interpretarse como el documento de consentimiento informado, elemento imprescindible al ser la expresión de la autonomía del individuo que va definiéndose durante la relación médico-paciente, ya que antes de concretarse en un formato, las/os pacientes deben contar con información clara y suficiente sobre el procedimiento que se realizará, la eficacia y los efectos secundarios, entre otros aspectos. Sin embargo, en el caso de las/os entrevistados no todos contaron con tal documento y en aquellos en donde sí se presentó, parecen entenderlo como un

medio de protección al médico y a su ejercicio profesional para dejar en claro que no se realizó una esterilización forzada y que la persona garantice que no se arrepentirá de su decisión, como lo deja ver los siguientes testimonios:

El documento básicamente decía algo como que en pleno uso de mis facultades mentales yo decido hacerme esta cirugía, sin coacción de ningún tipo, era en la onda de que deslindaba de toda responsabilidad a la doctora, por cualquier cambio de opinión, porque no quería que en unos años yo la demandara, o algo así. *Estefanía, 26 años.*

Yo la redacté, básicamente puse todo lo que yo entendí de cómo iba a ser la operación, que era una cosa permanente, difícilmente reversible, todo lo que el doctor me dijo para que constara que había entendido. *Enrique, 35 años.*

Los médicos en Ciudad Mante sí me hicieron firmar un documento, desgraciadamente no guardé una copia, ya después lo pensé, pero en ese momento yo quería que me operaran y ya, ya no podía estar con esa angustia. *Julián, 45 años.*

Me hicieron firmar un consentimiento informado. Un doctor le puso que vivía en unión libre, porque le comenté que estaba viviendo con mi novio. Decía que yo autorizo y estoy informada de los riesgos de la operación, nada más, y de los riesgos de que no funcione, que haya algún tipo de reacción alérgica y nada más, un permiso para usar la anestesia y para una transfusión en caso de ser necesario. *Diana, 23 años.*

Sí me explico el método y me contó paso a paso lo que iba a hacer, de cómo me iba a anestesiar, cuántos cortes iba a tomar, con qué instrumento iba a tomar el conducto deferente, cómo lo cortaba, cómo amarraba los otros extremos, todo el procedimiento me lo explico perfectamente, pero no me

hizo firmar nada, ningún consentimiento ni nada, nada más me dijo “¿tienes seguro médico?” *Santiago, 42 años.*

Rechazo a la solicitud. “Te ven como si no supieras lo que dices”

La mayoría de las mujeres y hombres entrevistados que obtuvieron la esterilización la solicitaron al menos en tres ocasiones. Sin embargo, en casos como el de Gina y Dafne es un proceso que continúa ya que su solicitud siempre fue negada. Los siguientes testimonios describen el tránsito que han experimentado en los servicios médicos:

En el Seguro intenté con tres doctores y me dijeron que no, te ven como si no supieras lo que dices, es una reacción que va de la incredulidad al juicio, el que no te cree y el que cree que estás mal. Mi doctor es joven y creo que entiende necesidades más modernas de las mujeres, es más consciente de los problemas que podemos tener, él me dijo que sí me entendía, que los hijos quitaban mucho tiempo, pero aun así me preguntó, “¿por qué no quieres ser mamá?” y siempre es esa cuestión, o sea, sí entiendo que no quieres, pero ¿por qué no? siempre cuestionan. Ya en lo privado se lo solicité a mi médico y me dijo, “con mucho gusto te lo hago, sale en 18 mil pesos” y pues eso está fuera de mis posibilidades, pero voy a tener que recurrir a un ahorro porque así como hay gente que dice que cuando tenga un hijo se va a realizar, cuando yo esté esterilizada me voy a sentir realizada, sería como ejercer mi decisión de no tener hijos y sería empoderador para mí. *Gina, 32 años.*

La primera vez que solicité una esterilización tenía 18 años y fui con mi ginecólogo y le dije que había pensado ya tres años concienzudamente sobre no tener hijos, y pues que quería tener una solución permanente, yo sabía que en general los métodos anticonceptivos tienen un 99.99% de efectividad, que los hormonales son los mejores, y que si te quedaste embarazada es

porque fuiste el 0.01% y ¡qué pena me da tu caso!, y yo no quería eso, yo quería estar segura de que no me iba a embarazar. Mi doctor me dijo que no, que estaba muy chica, que iba a cambiar de opinión, y le dije “en serio, en las cosas que pienso yo no cambio de opinión”, no es si voy a querer el pelo largo y otro día lo voy a querer corto ¡Es una decisión de por vida! Son de esas cosas que has sabido de toda la vida. Me esperé un poco, dije está bien, nadie me lo va hacer, estoy todavía chica, estoy creciendo, medicamente tal vez no sea la mejor opción, pero ya con 25 años acabó de cuajar lo que tenía que cuajar, volví a solicitarla y me volvieron a decir que no, porque voy a cambiar de opinión, porque voy a querer tener hijos, porque es el instinto materno, porque voy a querer tener hijos nomás que no me he dado cuenta porque soy medio babas. Y les decía, “tengo 13 años segura que no quiero tener hijos” y me decían, “no, todavía estás muy chica, vas a cambiar de opinión”. De ahí fue cuando comencé a buscar con cuanto doctor me topaba, alguno que pudiera hacerme la esterilización, yo creo que he pasado por casi 30 ginecólogos, y todos me han dicho que no. Al último le dije “mira, ya tengo casi 35 años y estoy segura que no quiero tener hijos, opérame”, respondió que no, le dije “te firmo todas las responsivas que quieras, además si después de la operación yo quisiera tener hijos, podría tener hijos a través de una inseminación artificial, puedo adoptar, puedo tener un embarazo con una madre sustituta, es el siglo XXI. Aquí en México los derechos reproductivos están adaptados únicamente a decidir cuándo y con quién, y parece que yo no tengo derecho a decidir que no quiero hijos, ese derecho no existe en México, y por lo tanto, los médicos pueden seguir decidiendo si te operan o no te operan. *Dafne, 34 años.*

El testimonio de Dafne sugiere como factor clave en las decisiones reproductivas, la existencia de tecnologías de reproducción humana asistida, como la inseminación artificial, inseminación *in vitro*, incubación o maternidad subrogada; señala también la adopción. Esto sirve para responder al cuestionamiento hecho por médicos/as, familiares y amistades sobre un posible arrepentimiento posterior a la esterilización.

Es un hecho que la tecnología ha comenzado a desestabilizar los aspectos relativos a la concepción, el embarazo, el parto, introduciendo fuertes debates en torno a su “naturalidad” (Palomar, 2005). No obstante, aunque en el testimonio de Dafne se mencionan como posibilidades de facto, debe considerarse la limitada accesibilidad a dicha tecnología en México y las implicaciones de los procesos médicos para mujeres y hombres en lo biológico, social y psicológico. En el caso de la adopción, la incipiente cultura que existe en nuestro país privilegia los “lazos de sangre”, por lo que igualmente puede resultar inaccesible, aunado a procesos administrativos poco claros y lentos.

El caso de Vanessa hace patente el valor que se le da a la reproducción en el ámbito médico y el desconcierto que produce una mujer que elige no tener descendencia y solicita su esterilización, pues si bien siempre ha manifestado su deseo de no tener hijos/as, pues posee una condición médica que imposibilita su movilidad y que podría verse afectada a consecuencia de un embarazo, hecho que consta en su expediente o historial clínico. Sin embargo, el equipo de salud niega su petición minimizando las dificultades físicas y económicas que ella enfrenta, lo que sugiere deficiencias en la relación médico-paciente debido al desinterés o desconocimiento de la experiencia del padecer:

Yo creo que fue a los 25 o 26 años, después de que me casé, por lo mismo de la endometriosis empecé a tener más problemas y la ginecóloga con la que yo iba me mandó las pastillas anticonceptivas y comencé con los efectos secundarios y le dije que por qué no mejor me quitaban la matriz. Lo hablé con la ginecóloga y le dije que no quería tener hijos, la doctora me dijo que no era nomás como que “me quiero quitar una parte de mi cuerpo”, debía existir una cuestión médica que lo sustentara y pues que estaba muy joven todavía y que igual más adelante quería tener hijos. La segunda vez me fui a vivir a Toluca y fui con un médico que me mandó otro tratamiento y antes de empezarlo me preguntó si pensaba tener hijos y le comenté que no, que quería operarme, pero coincidió en que debe haber una cuestión médica muy

importante para que te quiten una parte de tu cuerpo. Con mi ginecóloga actual, aquí en Querétaro, platicué de la enfermedad que me diagnosticaron en la columna, pero ahora también le dije que me habían diagnosticado otro problema también en la columna y que era progresivo, que me encantaría hacerme el procedimiento porque las pastillas me salen muy caras y con eso puedo pagarme dos días más de terapia y natación a la semana; me dijo, “es que es sólo un deseo tuyo, habría que ver si los médicos del Seguro Popular acceden a hacerte la cirugía” porque me decía que era una solución muy radical. Pero como este medicamento es nuevo, no hay similares, su precio es de casi mil pesos, y aunado a los demás problemas de salud que tengo y el pago de la alberca, masajes, consultas, estudios, para mí se vuelve un problema, sería un peso menos de encima que pudieran quitarme la matriz. Siento que los médicos no se imaginan lo que me afectan en la vida, y como le digo a la ginecóloga, tengo dos problemas en la columna que son progresivos, pero los médicos no tienen esa comprensión, no es de que sólo me quiera quitar la matriz porque sí. Y ahorita estoy en esta etapa de ver si algún médico que opere en el Seguro Popular –que sea conocido de alguien– me apoya, precisamente hoy publiqué en mi *Facebook* “alguien que conozca un médico bueno que opere en el Hospital del Niño y la Mujer o en el Seguro Popular”. *Vanessa, 32 años.*

Los testimonios presentados hasta ahora muestran que existe en todos los casos un proceso heterogéneo para determinar si se realizará o no la esterilización, lo que habla de la falta de regulación para atender las solicitudes de métodos anticonceptivos permanentes, así como de la deficiente comunicación del equipo médico con el/la usuario/a, dejando de lado un esquema integral de atención a la salud. Ante esto, la bioética pugna por promover un análisis ético de frente a las características y circunstancias de cada individuo, responder a los vacíos legales, socializar los avances de la ciencia y la tecnología, y de manera fundamental, humanizar la atención a la salud.

Realización de la cirugía. “Durante la operación sientes cómo te jalan”

Susan Sherwin apunta que se ha documentado la lógica y el autoritarismo que caracteriza a las instituciones de salud y el paternalismo o sentimiento de responsabilidad absoluta sobre el estado de salud de las personas, aspectos que producen relaciones inequitativas. Por tanto, es fundamental hacer explícitas las dimensiones sociales de los procesos vinculados con los eventos de la reproducción y mostrar las relaciones que se establecen entre actores sociales y personas titulares de derechos en un espacio institucional regido por los cánones de la práctica médica (Sherwin, 1992).

Al respecto, el testimonio de Diana pone en evidencia las tensiones y resistencias del personal médico derivado de sus valoraciones morales, donde se puede ver claramente las relaciones de poder del sistema médico y cómo es que violentan al individuo en su persona, limitan sus decisiones y por tanto su derecho a la salud sexual y reproductiva:

Entro a quirófano, me acuestan y me empiezan a preparar para la anestesia y se acerca una doctora y me pregunta, “¿cuántos años tienes?, ¿cuántos embarazos?” y le respondo “ninguno” y me dice “¿uno?”, entonces le repetí “ninguno” y me dice “¡cómo que ninguno! ¡No, no, no, esto no está bien!” y entonces le hablé al cirujano encargado y me dice “es que no puedes hacer esto! ¡Esto está prohibido! Llegan doctores y enfermeras de otros quirófanos y se ponen alrededor de mí para decirme que lo piense bien, que voy a cambiar de opinión, una de las enfermeras me dijo “te debería de dar vergüenza porque a mí me está costando mucho trabajo tener hijos como para que una persona como tú quiera venir a cerrarse esa puerta”. La operación fue muy rápida. Me hicieron la epidural, y nunca me dolió, pero sentía como que algo se movía o que me jalaban y en un punto cuando ya estaba dormitando, me despierta el doctor y me dice “mira, para que veas que sí te hicimos la operación y luego no andes diciendo que no te la quisimos

hacer” y me enseñó dos pedacitos de carne, que yo creo eran pedacitos de las trompas de Falopio. A mí me explicó la cirujana, la de precirugía, que me iban a hacer un ligado de trompas, no que me las iban a cortar, y yo no tengo problema, pero a mí me dijeron que iba a ser un procedimiento y terminó siendo otro. Además, cuando terminó me dijo “ya terminamos, pero me costó mucho trabajo porque estás gorda”. *Diana, 23 años.*

María Vallarta expresa que “no existe un consenso a nivel internacional de lo que son los derechos reproductivos y sexuales y tal vez sea esta una de las razones por las cuales se dan casos de imposición de métodos anticonceptivos y no existen mecanismos suficientes o realmente eficaces para que se pudieran defender las víctimas de estas transgresiones” (Vallarta, 2005, 239). No obstante, es importante enfatizar que en los derechos sexuales y reproductivos están implícitos o vinculados otros derechos, como el derecho a la vida, la dignidad humana, el derecho a la integridad personal, el derecho al libre desarrollo y bienestar, el derecho a no ser discriminado, el derecho a la intimidad personal, el derecho a la salud (Facio, 2008).

En este contexto es que la bioética ha conseguido posicionarse como una disciplina que permite cuestionar las relaciones asimétricas y el paternalismo médico que impiden la plena realización de la libertad de los individuos a través reconocimiento y garantía de los derechos humanos, característica fundamental para la toma de decisiones libres y autónomas y el respeto a la dignidad de los individuos. Al respecto, el siguiente testimonio de Diana, muestra lo contrario, ya que se observan claramente las tensiones y juicios que las personas que deciden no tener descendencia tienen que enfrentar en el espacio de la salud:

Busqué presentar alguna queja pero necesitaba el nombre completo del doctor, nunca lo pude localizar y no me lo quisieron dar, tampoco me quisieron dar mi expediente. A la semana de la operación tuve que regresar a que me quitaran los puntos, el doctor que me quitó los puntos me preguntó qué me había hecho, qué edad tenía, y le platiqué que había sido una OTB y

que no tenía hijos, y me dijo que yo estaba enferma, me mandó con un psiquiatra, ni siquiera con el psicólogo sino con el psiquiatra, y me dijo que seguro yo sufría de déficit de atención por parte de mi mamá o de mi papá y que estaba mal, que fuera a ver a un doctor porque estaba mal de la cabeza por no tener hijos. Le expliqué que la maternidad no estaba cerrada porque si algún día yo quería podía adoptar, y me dijo que no, que sería la peor decisión porque nunca se sabía qué clase de antecedentes psiquiátricos podría tener un niño adoptado, no quise discutir y le dije que sólo me quitara los puntos para que ya me pudiera ir. *Diana, 23 años.*

A diferencia de Diana, la experiencia que relata Celia es notablemente diferente, aunque coinciden en que a ambas se les cuestionó su decisión hasta el último momento a pesar de haber transitado por todos los filtros institucionales:

Me citaron un viernes a las dos de la tarde, en ayuno y todo el show, ya cuando me tocó una enfermera para prepararme para la cirugía, vio la hojita y me preguntó “¿de qué te van a operar?, OTB, ¿qué edad tienes?, 29 años, ¿tienes hijos?, no, ¿cómo?” y ahí estaba mi papá y se le quedó viendo y le dijo “pues es su decisión ¿qué quiere que haga? No la puedo obligar”. Yo ya estaba fastidiada de que me estuvieran preguntando. Me prepararon y fue anestesia local; ya en la cirugía escuché que encontraron muchos quistes y muy grandes, entonces me los quitaron, de hecho, también me quitaron parte de un ovario, y sí me sorprendió. Durante la operación sientes cómo te jalan, no te duele, pero sientes, me operaron puras mujeres. Se supone que la cirugía es ambulatoria, pero por los quistes me tuve que quedar una noche. En la recuperación junto a mí había una señora que había ido a lo mismo, a OTB, pero ya grande como de 40 y tantos y sus hijas grandes, como de 15 años. Platicando me preguntó a lo que había ido y me dijo “estás muy chiquita, pero si es tu decisión, está bien, eres responsable” y dije ¡wow! alguien me apoya de alguna manera, agregó que estaba bien que yo fuera

responsable y que si no le iba a dar calidad de vida a un bebé, estaba bien que no tuviera. *Celia, 29 años.*

En el caso de Estefanía la cirugía se describe como un momento rápido sin tanto detalle, salvo el aspecto de las complicaciones derivadas, aspecto que marcó –al menos en su relato– su experiencia con la realización de la OTB:

La cirugía sí se complicó un poco porque yo tengo quistes ováricos y eso me hace tener muchas cicatrices internas, entonces al momento de abrir el abdomen, una de las cicatrices jaló accidentalmente la vejiga y me abrieron, eso fue lo que ellos me dijeron y creo que sí fue cierto, yo alguna vez estuve en cirugía con ellos y vi que eran muy buenos como cirujanos, entonces pues fue un accidente, no porque hicieran algo mal, entonces tuve que traer sonda, para evitar infecciones de vías urinarias. Tuve complicaciones por la anestesia y tuve muchos vómitos, estuve como ocho horas o más sin poder comer, y me dolió mucho; ya que pasó la anestesia, la sensación que tenía en la pelvis ¡era un dolor! lloré mucho y todo mundo pensaba que estaba deprimida, pero no, era del dolor. *Estefanía, 26 años.*

En el caso de Celia, también se presentaron algunas molestias:

Tardé un mes en recuperarme, más o menos a los quince días me empezó a salir liquidito y sí me espanté, pero me limpié y ya. Después me dolía un montón, fui así al trabajo, pero le dije a mi jefe “voy a ir al Seguro porque me está doliendo mucho, no sé si se haya infectado o algo así”. Mi vecina es doctora y no le dije de qué me había operado, oficialmente es de los ovarios, porque muy pocas personas saben, fui con ella y me dijo que tenía alergia al hilo, entonces me tenía que salir el hilo y hasta que eso pasara me iba a estar saliendo líquido, pero ya después se iba a curar solito, me dijo que me comprara un spray antiséptico, que me pusiera una gasa. La herida fue horizontal, abajo del ombligo, y cuando me cambiaron la venda en el hospital

me dijeron “¡ay, de qué privilegios gozas!” es como de 7 o 10 centímetros y está derecha, fueron delicadas en esa parte. *Celia, 29 años.*

En el caso de los hombres la vasectomía es un procedimiento menos invasivo a diferencia de la OTB, además de que cuenta con una difusión mucho más amplia a través de campañas en los diferentes centros de salud, las cuales incluso se realizan de manera gratuita, al respecto es mucho más probable que se brinde una consejería sobre este método a los hombres que acuden buscando una opción contraceptiva ya sea temporal o definitiva. Institucionalmente una mayor extensión de la vasectomía permitiría al Estado cumplir objetivos como la reducción a las críticas sobre la coerción en la esterilización post-evento obstétrico, fomentar la participación de los hombres en las decisiones reproductivas, reducir costos, incorporar a los hombres al sistema nacional de salud reproductiva para atender padecimientos como las enfermedades de transmisión sexual y el cáncer de próstata.

Los hombres que participaron en la investigación refirieron que la vasectomía fue un procedimiento sencillo y rápido, como lo describen Daniel, Santiago y Oswaldo a continuación:

Fueron dos médicos los que me operaron pero no supe si tenían especialidad en urología, yo me imagino que sí. Y mientras me lo hacían me iban explicando, te anestesian y te dicen “ahora te vamos hacer esto” y así. Durante la operación te anestesian y quizá el piquete de la aguja es lo que más duele, pero sólo eso, y después todo el día estás sensible, adolorido, me mandaron a casa con una bolsa de hielo en el calzón para bajar la inflamación y medicado, obviamente, como una semana. Tienes que estar en cama y no hacer ningún esfuerzo y te recomiendan que no tengas erecciones por los puntos, pero un dolor fuerte y de varios días no tuve. *Daniel, 29 años.*

Ni siquiera fue en una clínica, fue un urólogo de un consorcio médico que está en Lomas Verdes y lo encontré a través de mi seguro de gastos médicos mayores. Fui a la primera consulta y le dije que quería la vasectomía, me preguntó cuántos hijos tenía y le dije que ninguno y se quedó de a seis. Me preguntó “¿no piensas tener hijos?, ¿en qué situación estás?, ¿eres soltero o casado?”; le dije que era divorciado y que no quería tener hijos. No fue más que decirme “ok, perfecto ¿te parece que agendamos?”, y fue un viernes en la mañana, fui al consultorio donde tiene una sala de operaciones bien armada, un espacio grande y con una plancha, sus instrumentos, bien cerrado, tiene su lámpara, en ese momento trajo a su anestésista y entonces ya me hizo la intervención, y como bien mencionan todos los que tienen la experiencia, duró 15 minutos. Me medicó, me dio pastillas para el dolor y antiinflamatorios, penicilina por cualquier cosa, y en 15 días yo ya estaba perfectamente bien. *Santiago, 42 años.*

Me dijeron que era muy rápido que entrabas y te mochaban y después te ibas a tu casa y eran unos días de reposo moderado, pero me dijeron que no era tan conveniente que fuera yo solo y un amigo decidió acompañarme. Cuando me la hicieron fue bastante sencillo, el doctor que me la hizo me dijo que era como sacarme una muela, prácticamente el proceso duró media hora, quince minutos en la preparación y luego el tiempo del quirófano que fueron quince minutos. *Oswaldo, 28 años.*

Como se abordó en el apartado dedicado a los prestadores de servicios médicos, para realizar una vasectomía es necesario obtener una certificación en el procedimiento. Si bien es una intervención ambulatoria de baja dificultad en la que no es necesario un quirófano para llevarla a cabo pues puede efectuarse en instalaciones más básicas a diferencia de la OTB, siempre existen potenciales riesgos. Sobre esto Leo comenta:

No recuerdo cómo se llama la problemática que me surgió, como un ligero coágulo y sí me causaba dolor, algo anormal, entonces fui con un doctor particular, con un urólogo, y le comenté que había ido a un centro de salud y él me dijo que el problema era que ahí los médicos no eran urólogos, sino médicos generales, me comentó que estaba un poco mal el procedimiento y que por eso se me formó ese coágulo. *Leo, 26 años.*

El caso de Julián nos reintroduce a la incertidumbre y miedo que algunos entrevistados mostraron al relatar por qué habían elegido un método anticonceptivo permanente, ya que dicho procedimiento no sólo representaba un deseo sino era una necesidad que al satisfacerse permitiría una mejor vivencia de la sexualidad:

En mi vasectomía cortaron dos segmentos de los conductos deferentes y además los cauterizaron. Me pusieron tres veces anestesia y aun así me dolió, porque sentí claramente los cuatro cortes, porque yo tengo un problema para asimilar la anestesia, y aunque me dolía, le dije al cirujano “¡adelante! No me pienso echar para atrás, esto ya lo necesito”. Después guardé los cuidados posoperatorios y a los tres meses me hice dos exámenes para verificar que efectivamente hubiera funcionado la vasectomía, porque siempre hay la posibilidad de que queden algunos residuos de espermatozoides entre el corte y la vesícula seminal, me hice varios exámenes para comprobar que efectivamente no se habían regenerado ni vuelto a conectar, entonces soy estéril y eso me tranquiliza por mi aprensión natural, no me confío y verifico todo. *Julián, 45 años.*

Beneficios posteriores. “Tomé una decisión sobre mi cuerpo”

Entre los beneficios reportados por las/os participantes fue la “libertad” que produjo la esterilización en la vivencia de la sexualidad ya que, de cierta forma, eliminó la mayor parte de las preocupaciones o temores asociados a embarazos no deseados,

aunque como puede verse en el caso de Enrique, fue posible identificar un dejo de incertidumbre en cuanto a la eficacia de los métodos anticonceptivos definitivos:

Me da un poco más tranquilidad cuando tengo relaciones sexuales, más libertad. Pero veo que en la página de *Facebook* utilizan dos métodos, aun con la vasectomía y ligadura de trompas, utilizan dos métodos al menos. Yo también lo he pensado, pero ya tendría que platicar con mi novia de ello, porque los métodos permanentes fallan, y es por seguridad, y todos somos algo paranoicos. *Enrique, 35 años.*

Me siento más libre, menos presionada, ya no estamos contando los días fértiles, y debo de admitir que nos olvidamos de la protección, ya no hay esa presión porque sí era muy paranoica y me daba mucha angustia. *Diana, 23 años.*

En cuanto al funcionamiento no sentí diferencia, para mí fue lo mismo, en lo que sí mejoró fue en mi tranquilidad mental. Incluso hasta le pude dar más rienda suelta a la sexualidad porque antes precisamente por la tensión me limitaba mucho, una vez que ya no tuve ese obstáculo, le di vuelo a la hilacha, sobre todo poder tener sexo espontáneamente porque antes tenía que prepararlo todo con días de anticipación, qué día nos podemos ver, cuál es el día más conveniente para ti, qué método vamos a utilizar; después de la vasectomía, ahora sí, en el momento en que gustes estoy disponible. *Julián, 45 años.*

Hubo un cambio en el sentido de que me sentí mucho más tranquilo, con esta intervención me siento mucho más seguro, ya no tengo que estarme preocupando si se embaraza mi pareja, ya estoy totalmente consciente que no va a pasar nada. Estoy convencido que no afecta en nada mi sexualidad, mi sexualidad es muy plena, una respuesta muy buena. No pierdo mi masculinidad, ni me siento menos hombre, ni me siento impotente, ni nada,

al contrario, y me siento mucho más tranquilo, es más podría decir que me siento un poquito más atraído por las mujeres, sin embargo, si estoy consciente de que debe haber una protección contra las enfermedades de transmisión sexual. *Santiago, 42 años.*

En los siguientes testimonios es posible identificar el sentido de reapropiación del cuerpo que experimentaron Diana, Estefanía y Oswaldo al haber conseguido la realización de la esterilización, en algunos casos se verbalizó como si representara el logro de una batalla personal e institucional, una decisión liberadora y una posibilidad de resistencia que toma lugar en la propia narrativa, que hace efecto en su historia:

La esterilización sí la veo como una manera de protesta, porque todos sin excepciones me decían que había otros métodos, y sí, pero son temporales. Yo quiero hacerlo seguro, porque tan segura estoy de mi decisión que quiero hacerlo así. Para mí es una decisión sobre mi cuerpo y sobre mi vida. *Diana, 23 años.*

Por primera vez sentí que pude tomar una decisión sobre mi cuerpo y que nadie se metió. Desde que supe que no iba a quedar embarazada cambió mucho el modo en que veía mi vida sexual, siempre me gustó el sexo, pero la idea de saber que sólo me tenía que cuidar de enfermedades, pero no de otro riesgo, para mí es una libertad, desde que me operé y que digo “estoy ligada” cada vez me siento más libre porque jamás voy a tener un hijo no deseado. Y pues yo creo que lo presumo por una cuestión de autonomía, decir “este es mi logro y de nadie más”, me operó alguien más, pero la decisión fue mía, y creo que eso es algo muy cañón. Y sí lo presumo porque fue el momento en que dije “váyanse todos a la fregada, yo no quiero hijos”. *Estefanía, 26 años.*

De hecho, medianamente sí lo presumo. Hacerme la vasectomía confirmó lo que siempre he pensado, que pueden quitarte la dignidad, pero nunca podrán quitarme mi cuerpo, es la única pertenencia que yo tengo. Entonces, la vasectomía fue un punto para reafirmarlo, el hecho de decir es mi cuerpo, me pertenece y hago lo que quiera mientras no dañe a otros, me siento autónomo. *Oswaldo, 28 años.*

Posterior a la realización de la OTB y la vasectomía, las/os participantes comentaron de esto con personas de su círculo más inmediato como sus familiares, amistades cercanas y parejas, obteniendo diferentes opiniones que ponen en evidencia las ideas o mitos alrededor de la esterilización, por ejemplo, que es un procedimiento que se asocia con el control de animales como perros y gatos. Pero también, se muestra como otros perciben la vida sexual de quienes han elegido la esterilización, pues hay una mayor vinculación con el erotismo y el placer:

Mucha gente me lo ha tomado con respeto, muchas veces cuando lo decía me veían como loca, pero cuando ya lo hice ven que sí era serio. Me tocó que a una doctora le conté y cada vez que me veía decía “¡puedes creer que ya se ligó!” no me parecía que me estaba ventilando, pero se asombraba porque pues ella no concebía que alguien no quisiera tener hijos. Prácticamente siempre que tengo algún contacto sexual les aviso que estoy esterilizada, porque casi siempre son amigos míos y casi siempre acaba saliendo, no tanto como de “Oye vamos a ponerle. Por cierto, estoy esterilizada”, sino que son amigos, se hace la charla y ya les digo que no puedo tener hijos. Y como me muevo en un círculo social donde la mayoría de mis amigos o las personas con las que mantengo relaciones pues no quieren hijos, entonces nadie me lo cuestiona, más bien simpatizan conmigo. *Estefanía, 26 años.*

Opiniones he tenido varias. Alguien me comentó que hay gente que no puede tener hijos y yo desperdiciando mi fertilidad. Mi novio me dice que me echaron

polvo de plata, es que nosotros organizamos campañas de esterilización para perritos y cuando los esterilizan les ponen un polvito de plata en su herida, y siempre me hace esa broma ridícula. Hay quien me ha dicho “tu novio debe estar muy contento porque ya te volviste una máquina sexual”. *Diana, 23 años.*

Lo que me han dicho es que lo hice por irresponsable y por seguir en el desmadre. *Oswaldo, 28 años.*

Recuerdo que una o dos parejas con las que llegué a tener relaciones sexuales me agradecían que yo estuviese operado porque de esa manera ellas ya dejaban de tomar la píldora que les causaba problemas de salud y era comodísimo. A los hombres con vasectomía nos dicen “los hombres *light*” porque endulzamos, pero sin engordar. *Julián, 45 años.*

Hasta ahora, esta parte del análisis constata que la reproducción humana ha sido objeto de múltiples regulaciones a través de instituciones como el matrimonio, la familia, el parentesco, definiendo lo normal, lo patológico y lo lícito, elementos que hemos podido encontrar en la trayectoria de atención mostrada a través de los testimonios de las/os entrevistadas/os que pudieron acceder a la esterilización, proceso que se vio caracterizado por cuestionamientos, discriminación y violencia, reflejando la falta de una orientación médica integral así como de procedimientos precisos para atender su solicitud sin prejuicios.

El estudio de las dinámicas al interior de las instituciones médicas ante solicitudes como la esterilización voluntaria permite, como lo señala Figueroa Perea, identificar aquellos grupos que definieron las normas y su lógica, ya que “cuando pensemos que esa norma afecta a personas que no fueron consideradas al definir las; es decir, cuando un dilema afecta a una población y esa población no es claramente considerada en la definición de la norma, emerge la posibilidad de la exclusión social y de la violación de sus respectivos derechos” (Figueroa, 1995b, 6).

Si bien diversas disciplinas han mostrado las dinámicas de asimetría y poder que permean los espacios de salud, y en particular aquellos orientados a la salud sexual y reproductiva, lo presentado en los testimonios insta a continuar trabajando en el fortalecimiento y, sobre todo, el enriquecimiento del concepto de derechos sexuales y reproductivos para incluir expresiones y necesidades que hasta ahora no se vislumbran pero que van configurándose con el cambio social, económico y demográfico de nuestras sociedades, como la experiencia de las mujeres y hombres sin hijos/as por elección y su acercamiento a los sistemas de salud.

CONCLUSIONES

Acorde a los objetivos planteados en esta investigación, me interesó conocer cómo el grupo de mujeres y hombres participantes gestionó dos decisiones de gran relevancia: la elección de un proyecto de vida sin hijos/as y la anulación de su capacidad reproductiva para garantizarlo. Esto me llevó a identificar aquellos elementos que influyeron en su elección y lo que determinó la búsqueda de un anticonceptivo quirúrgico, pues no todas las personas que no desean tener hijos/as buscan una opción definitiva, siendo necesario conocer la atención médica en los servicios de salud en México relativa a la esterilización voluntaria a través de las aportaciones de médicas y médicos. Las conclusiones se presentan enfatizando los aspectos que considero más movilizados a partir de lo reportado a lo largo de todo el estudio, así como las líneas de investigación a las que se pretende dar continuidad.

Actualmente la decisión de no tener hijos/as se muestra en diferentes países como una tendencia que obedece a componentes culturales y económicos muy específicos, en este análisis fue posible identificar en los relatos de las/os informantes un proceso que va conformándose a partir de relaciones familiares, sociales y afectivas, configurando una conciencia particular que observa al cuerpo y la reproducción desde una óptica distinta. Destaco la dinámica familiar como un punto relevante en dicho proceso pues permitió construir el significado que atribuyen a la maternidad y la paternidad, y su consecuente rechazo, pues observan en sus progenitores decisiones y conductas que les son inaceptables, por ejemplo, la sumisión, el sacrificio y la pérdida de aspiraciones por criar a los hijos/as, principalmente en las madres, así como la ausencia del padre, el escaso compromiso ante el embarazo de la pareja, el maltrato a las mujeres y la falta de responsabilidad en la salud sexual por parte de los varones en la familia.

La acción del género como mandato se ve en las relaciones simbólicas y en las estructuras de parentesco donde se establece como imperativo la reproducción y

su importancia al pensarlo como un ordenador social, pues genera una demanda particular para hombres y mujeres. Quienes participaron en esta investigación, hacen frente a dicho imperativo al establecer como postura ante la vida la decisión de no tener hijos/as y además enunciarlo, hecho que resulta de una intersección de aspectos como la generación, el capital cultural, producto del acceso a la educación superior y a una socialización permeada por conocimientos políticos, filosóficos y éticos, como la teoría feminista, el antiespecismo, el antinatalismo y los activismos afines a la lucha contra el ecocidio. Dichos conocimientos sirvieron de insumo para pensar en un proyecto de vida sin hijos/as en el que se afirma que “mis acciones son mi descendencia”, ya que nuestros actos son el legado o huella en el mundo, lo que nos da continuidad a partir de un sentido de cooperación, respeto y empatía hacia aquellos con quienes cohabitamos, es pensar vínculos afectivos y familiares más allá de lo biológico y consanguíneo como modelo hegemónico. Lo anterior remite a lo que Donna Haraway llama “generar parentesco” o “generar parientes, no bebés”, pues “la tarea es generar parientes en líneas de conexión ingeniosas como una práctica de aprender a vivir y morir bien de manera recíproca en un presente denso” (Haraway, 2019, 19).

La elección de un proyecto de vida sin hijos/as germina en un momento sociohistórico particular conformado a través de hitos como la acelerada urbanización de la población, la modificación del rol social de las mujeres con el ingreso a la educación, el mercado de trabajo y el acceso a métodos anticonceptivos, las uniones afectivas más allá del matrimonio, la búsqueda de la equidad de género en espacios políticos, entre otros. No obstante, el mandato de género y los esquemas más tradicionales de la sexualidad y la reproducción siguen siendo los preponderantes; quienes deciden un proceso vital sin hijos/as aún se colocan en el no lugar. En ese sentido, requerirá tiempo asentar la existencia y reconocimiento de otros destinos posibles, pues “el cambio social se genera justo con el desfase entre el ámbito las relaciones sociales y el de las construcciones culturales (...) en los espacios donde se juegan las tensiones y los conflictos, los

individuos pueden tomar distancia de los valores del grupo y convertirse en agentes de transformación social” (Sánchez, Bringas, *et al*, 2004, 81).

Si bien en la decisión de no tener hijos/as las mujeres reportaron el sentido de pérdida de la libertad bajo un esquema de maternidad tradicional en el cual la esfera personal, económica y profesional se reduce ante las necesidades de los hijos/as, siendo este uno de los principales factores en la decisión de no reproducirse, el presente análisis aporta evidencia para continuar indagando sobre la pérdida de libertad desde la corporalidad misma, pues la reproducción se rechaza de frente a los procesos que implica, pues la gestación, el parto e incluso la lactancia, son percibidos como hechos que vulneran el control de las mujeres sobre su propio cuerpo. Al respecto, habrá que profundizar en la idea de maternidad no biológica a través de otros esquemas que permitan experimentar el maternaje, como la participación activa en la crianza de niños/as de la familia o de amistades cercanas.

Un elemento que hasta ahora no se encontró referido en otras investigaciones fue que para algunas/os participantes la elección de no tener descendencia estuvo cruzada por una especie de angustia o sentimiento de culpabilidad ante la posibilidad de engendrar a un ser humano cuya existencia pudiera tener un impacto negativo en la sociedad, por ejemplo, una conducta delictiva. Este hallazgo resulta relevante pues da pauta para profundizar y entender un poco más de la estructura de pensamiento y la forma en que se gestiona la incertidumbre, para lo cual es necesario sumar al enfoque antropológico los aportes de otras disciplinas.

Otro aspecto particular de esta investigación fue la aproximación realizada al estudio evolutivo de la no reproducción, pues frente a los “designios” de la biología, la posibilidad de los seres humanos de controlar y decidir sobre su reproducción marcó cambios sustanciales para las poblaciones. Lo anterior contribuye al debate “naturaleza-cultura”, pues reconoce que la cultura modifica la estructura biológica de las poblaciones humanas y la biología modifica las formas de relación social. Es un hecho que la tecnología médica y científica ha llevado a que el ser humano

conciba la vida y los límites corporales desde otro lugar; los valores e ideas bajo los conceptos de preservación, adaptación y supervivencia no necesariamente implican a la procreación, pues otras interacciones sociales comienzan a verse favorecidas. Lo anterior, ofrece una óptica amplia para seguir indagando en cuáles serán las implicaciones de la decisión de no tener hijos/as a nivel de especie.

Dentro de la narrativa de quienes eligieron un proyecto de vida sin hijos/as debe señalarse la existencia de hechos amenazantes que llevan a modificar las conductas de reproducción. Por ejemplo, el incremento de la delincuencia, la escasez de oportunidades laborales, la crisis económica, la violencia hacia las mujeres y niñas, el peligro que corren los infantes de manera general en espacios públicos y privados, problemáticas cotidianas en México, por lo que deben ser consideradas como variables significativas al estudiar la decisión de no tener hijos/as de manera comparativa con otros países.

Al ser la maternidad y paternidad el modelo socialmente aceptado, quienes deciden no tener hijos/as suelen estar invisibilizados pues no existe una representación o término que los defina de una manera positiva, como se ha señalado en otros estudios. El estigma social se perpetua al no encontrar figuras representativas que no sean consideradas como egoístas, diferentes, anormales, solas, tristes, entre otros calificativos. Al respecto, esta investigación colabora en dar a conocer la experiencia del lugar de la no reproducción como un sitio válido dentro de la diversidad de arreglos y subjetividades que conforman nuestra sociedad, contribuyendo a desnaturalizarla como un mandato en la vida de mujeres y hombres, para enfatizar la decisión del individuo.

Hay que señalar que, si bien en otros países se utiliza el término *childfree*, en México este concepto puede que no funcione del todo, aunque existen personas que lo utilizan, otras encuentran características que no empatan con su experiencia, otros son los motivos, siendo esta una de las principales complejidades en el tema, aunque pudiera pensarse en una “comunidad” existen particularidades sociales,

culturales y económicas que diferencian la expresión de este fenómeno. El grupo incluso cuestionó si la existencia de un término especial no refrendaría la estigmatización, pues lo fundamental sería el reconocimiento y respeto a la diversidad de modos de vida. Al respecto, es fundamental seguir explorando la utilización del término *chilfree*, pues puede servir como disparador que permita a los grupos elegir el lugar de la enunciación, formular un concepto propio y más cercano al contexto de México.

La principal contribución de esta investigación es el análisis de la esterilización voluntaria, pues aunque en otras investigaciones existen referencias, el presente estudio aborda la experiencia de mujeres y de hombres, así como la relación con los prestadores de servicios médicos señalando las implicaciones éticas que pudieran encontrarse, por ello, intencionadamente se buscó que las/os participantes accedieran a la esterilización desde jóvenes, la mayoría lo hizo a partir de los veinte años, pues enriquecería el análisis del posicionamiento de los médicos/as. Esto sin duda llevó a que la selección de informantes fuera más compleja pues cada vez existen más personas que optan por un modelo de vida sin hijos/as, pero no todas recurren a un anticonceptivo definitivo y cuando lo hacen se topan con obstáculos en los establecimientos médicos.

Y es que la esterilización conlleva una carga simbólica importante, en el imaginario social y médico puede remitir a aquellos casos de esterilizaciones forzadas a poblaciones en situaciones de vulnerabilidad por su condición socioeconómica, étnica o algún padecimiento médico. Pero también porque la procreación es central en la cultura occidental, un cuerpo estéril es desvalorizado, es concebido como árido e inmaduro, pues tener descendencia es signo de adultez, denota maduración física y psicológica. De ahí que cuando una mujer y un hombre sin hijos/as por elección solicita voluntariamente anular su capacidad reproductiva, esto es leído como un acto que resulta incompatible con la vida social y sus dinámicas.

En definitiva, es necesario realizar un análisis que contemple una mayor participación del equipo de salud, en el que también se considere al personal de enfermería, trabajo social y psicología. Los prestadores de servicios médicos que participaron en esta investigación, mostraron que la principal tensión y problema ético que se presenta en el encuentro clínico ante la solicitud de una esterilización voluntaria en personas sin descendencia es la irreversibilidad del método. Por lo que se busca analizar dicha solicitud e incluso recurrir a profesionales de la salud mental –aunque esto no es un criterio obligatorio–, de tal forma que pueda evitarse un cambio de decisión posterior a la cirugía, sobre todo en el caso de personas jóvenes, pues al ser irreversible confronta la propia subjetividad y visión de mundo. La evaluación psicológica se percibe como algo invasivo y un descrédito a su decisión, sin embargo, uno de los motivos para dicha evaluación es garantizar que la decisión no esté mediada por alguien más.

Los testimonios del grupo de estudio mostraron evidencia sobre el incumplimiento de los criterios establecidos por la autoridad federal sanitaria, así como la falta de procedimientos claros para atender las solicitudes de métodos anticonceptivos permanentes de manera general. Aunque la Secretaría de Salud en México ha establecido las indicaciones para la selección y realización de la oclusión tubaria bilateral (OTB) y la vasectomía, algunos prestadores de servicios médicos determinan otros criterios basados en su propia percepción y autoridad médica que pueden restringir el acceso a grupos como los que interesan a esta investigación.

Ante esto, es necesario desarrollar mecanismos orientadores que guíen el acto médico y acciones que enfatizan los criterios señalados en la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud (2004), donde se establece que la edad, la paridad y la fecundidad no son factores limitantes. Además, se propone adicionar a la NOM que *podrán acceder a la OTB y la vasectomía personas sin descendencia que busquen estos procedimientos de forma voluntaria, para lo cual se atenderá a principios bioéticos, derechos humanos y al formato de consentimiento informado.*

Por tanto, el tema de esta investigación representa un área de oportunidad y es relevante al sistema de salud de nuestro país y a la estandarización de sus procesos, al ser necesaria la sensibilización y capacitación del personal médico a fin de erradicar actitudes autoritarias, así como el estigma y la discriminación al atender las demandas en salud sexual y reproductiva de diversos grupos, como las personas que eligen no reproducirse. Debe reconocerse la complejidad que implica lo anterior pues los valores del médico/a y el/la paciente son susceptibles de entrar en disputa ante los conflictos que puede derivar el ejercicio o lucha por la libertad personal y la protección de la salud.

A decir de los propios médicos/as que participaron en este estudio, la moralidad del prestador de servicios de salud no debe imponerse al sujeto, esto en el marco de una medicina integral donde prevalezca la calidad del trato y el acceso a la información, elementos necesarios para cambiar de una atención a la salud deshumanizada y paternalista, a una basada en el respeto e integración de los individuos, fomentando la corresponsabilidad en salud. Por lo anterior, fue importante sumar al análisis los aportes de la bioética pues esta disciplina pugna por eliminar los enfoques prohibicionistas y biopolíticos en el cuerpo de los individuos, así como en lo que respecta a las elecciones en torno a la sexualidad, para promover en cambio un análisis plural y laico reconociendo la situacionalidad de cada individuo, sus derechos y libertades.

Esta investigación puso de manifiesto un acceso diferencial a la esterilización voluntaria mediado por el género, pues a todos los hombres del grupo les fue practicada la vasectomía, en el caso de las mujeres, de las seis participantes sólo a tres se les practicó la OTB, confirmando que en el ámbito médico interesa mayormente el saber y la gestión de la capacidad reproductiva de las mujeres, esto se hace patente en los programas de sexualidad y reproducción dirigidos a ellas y los recursos invertidos en la investigación para la reproducción asistida. De ninguna manera apunto que lo anterior no resulte benéfico y necesario, lo que señalo es la

incompatibilidad que se tiene con aquellas mujeres que no se inscriben en la “norma”, pues la prescripción de anticonceptivos hormonales por largo tiempo representa un acto de medicalización en mujeres con una demanda muy particular, como las que participaron en este estudio, pues si bien existen otros anticonceptivos no hormonales, la eficacia es menor y este es un aspecto de suma relevancia.

Aunado a lo anterior, se pudo visualizar comportamientos en los que subsiste la asimetría y poder en el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva, donde también se mostró el efecto que toma el género, pues las mujeres experimentaron mayormente malos tratos y ofensas al expresar su deseo de no ser madres y buscar la OTB, por lo que urge un trabajo interdisciplinario en la revisión de lineamientos y normas que aseguren el respeto a los derechos humanos y el apego a principios éticos en la relación médico/a- paciente.

Es importante decir que estudiar la elección de un modelo de vida sin hijos/as en los hombres y la búsqueda de una esterilización permitió documentar el interés en su salud sexual y reproductiva, probablemente como efecto del cambio en las mujeres derivado de la lucha feminista, pues las relaciones sociales en la actualidad demandan una participación masculina activa en la tarea de derrocar los mandatos de género, por lo que algunos hombres asumen el reto de acudir a espacios masculinos para cuestionar entre pares sus privilegios. Aunque existen avances en la incorporación de la población masculina en programas de salud, sirvan las campañas y jornadas de vasectomía gratuita como ejemplo, la experiencia masculina en el proceso salud-enfermedad-atención, y en temas como el que toca esta investigación, sigue siendo necesaria como prueba que muestre la emergencia de otras formas de ser hombre.

El análisis de la esterilización voluntaria en sujetos que eligen no reproducirse requiere diversos enfoques para asentar su relevancia y trazar una contribución de gran impacto, por lo que, aunado al conocimiento antropológico y el proveniente de otras disciplinas, es necesario recurrir a los aportes de la ciencia jurídica para

integrar este tema en políticas públicas concretas. Al respecto, se sugiere adicionar al artículo cuarto constitucional: toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, o *si no desea tenerlos*.

Esto retoma una de las propuestas centrales de este análisis, plantear a la esterilización voluntaria de mujeres y hombres sin descendencia por elección como una expresión del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, un derecho a la no reproducción. Cuando se consagra constitucionalmente el derecho de cada individuo a reproducirse y tener acceso a la información, recursos y tecnología médica para lograrlo, igualmente deben proveerse las condiciones idóneas para voluntariamente no hacerlo, pues la anulación de la capacidad reproductiva puede coadyuvar a la integridad física, psíquica, sexual e incluso moral, de ciertos individuos, esto es, garantizar el derecho a la salud. Esta propuesta está enmarcada en el paradigma de los derechos humanos, en particular del derecho al libre desarrollo de la personalidad como la facultad que tienen los individuos para determinar su proyecto de vida, la posibilidad y reconocimiento a ser diferentes, a elegir con base en la trayectoria y experiencia personal, el límite de este derecho se encuentra en los derechos de terceros.

El grupo participante en esta investigación permitió observar un ejercicio particular de la autonomía y la autodeterminación, conceptos que deben seguirse explorando. Subrayo que la investigación no pretendió idealizar la experiencia de la no reproducción o promover la esterilización voluntaria como la única alternativa ante la decisión de no tener hijos/as, pues existen conflictos y tensiones como en cualquier otra decisión sexual y reproductiva, sino cuestionar un modelo imperativo para mujeres y hombres donde la reproducción es un eje, asimismo, es necesario señalar la urgencia de un marco de atención médica idóneo y actualizado que responda a las diferentes necesidades en salud que expresa la población.

En el caso particular de México aún no es posible conocer con exactitud el número de personas que comparten la elección de un modelo de vida sin hijos/as -mucho menos quienes han elegido una esterilización voluntaria por tal motivo-, así como sus características. Por ello, es fundamental reconocer la existencia de este grupo y considerarlo en los instrumentos demográficos, dinámicas poblacionales y en los análisis de la demanda insatisfecha de planificación familiar en las diferentes entidades federativas de nuestro país, pues se requiere una exploración que no sólo considere a poblaciones urbanas. De tal forma podrá observarse estadísticamente su comportamiento y obtener más datos de su composición y características etarias, socioeconómicas, culturales, así como información relativa a sus arreglos afectivos y familiares, entre otras. Resulta interesante la realización de estudios longitudinales sobre este tema en nuestro país, que permitan la interrelación de las distintas etapas de la vida de mujeres y hombres con la decisión de no tener hijos/as, para conocer las experiencias particulares de este cruce.

En diferentes momentos de la investigación mi propio relato me llevó a reconocermelo como parte del grupo de estudio, en un proceso de investigación-acción en el que el conocimiento siempre refiere a una visión desde una situación particular. En los testimonios de las mujeres y hombres que participaron en este análisis hallé puntos de desencuentro pues nuestros motivos, historias y acciones son diferentes, pero también muchas similitudes con mi propia experiencia e ideología. Esta investigación fue mi espacio para dar cabida a un diálogo interno a la vez que antropológico en el que se estableció la intersubjetividad como “una forma de identificación afectiva y de empatía construida sobre la base de sentimientos y emociones, pero también de valores y preceptos compartidos que permite una comprensión recíproca” (Fagetti, 2006, 19).

A largo de la investigación obtuve un acercamiento distinto con el tema que me llevó a plantear los sentimientos y necesidades de las/os informantes para “gestar” un posicionamiento teórico y también político, pues “permanecer sin hijos no es solamente un acto personal, sino una práctica social que ocurre en un terreno

sumamente politizado” (Morell, 1993, 84). El conocimiento generado busca servir desde la academia para construir y profundizar en la idea del reconocimiento del derecho a la no reproducción y el acceso a los métodos anticonceptivos para garantizarlo. Implica ofrecer orientación desde la investigación, pues mi propio proceso me requiere generar sinergia con otras/os investigadoras/es, pero también, con organizaciones, grupos a favor de los derechos sexuales, instituciones de salud y personal médico, y por supuesto con otras mujeres y hombres que han decidido no tener descendencia, con quienes han accedido voluntariamente a la esterilización y las/os que siguen buscándola, a fin de escucharnos y nombrarnos.

Sirva lo aquí planteado para abrir espacios que permitan continuar con el diálogo – pues este análisis es una contribución a los estudios en el tema– pero, sobre todo, una invitación a la autorreflexión para quienes se sitúan desde la maternidad y la paternidad pugnando por modelos alternativos, y fundamentalmente, para quienes nos vivimos y cuestionamos como sujetos que construyen un proyecto de vida sin hijos/as siendo este un proceso múltiple y dinámico.

BIBLIOGRAFÍA

Aarssen, Lonnie; Altman, Stephanie (2012) "Fertility preference inversely related to 'legacy drive' in women, but not in men: interpreting the evolutionary roots, and future, of the "Childfree" culture". *The Open Behavioral Science Journal*, No. 6, pp. 37-43.

Aarssen, Lonnie; Altman, Stephanie (2006) "Explaining below-replacement fertility and increasing childlessness in wealthy countries: legacy drive and the 'transmission competition' hypothesis". *Evolutionary Psychology*, No. 4, pp. 290-302.

Adams, Carol (2015) *The Sexual Politics of Meat: A Feminist-Vegetarian Critical Theory*, Bloomsbury Academic, New York, 25th Anniversary Edition.

Amadeo, Eduardo (2013, agosto 1) "La vida *child free*" [en línea] *Infobae* [Fecha de consulta: 20 de marzo de 2018] Recuperado de: <<https://www.infobae.com/2013/08/01/722898-la-vida-child-free/>>

Anzorena, Claudia (2009) "El ¿retorno? del 'Tratado sobre la Familia' de Gary Becker. Algunas reflexiones en torno a los criterios de eficiencia que legitiman los planes compensatorios de fines de la década de 1990", *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, Universidad Nacional de San Luis, Año 13, Núm. 24, noviembre.

Anzorena, Claudia; Yáñez, Sabrina (2013) "Narrar la ambivalencia desde el cuerpo: diálogo sobre nuestras propias experiencias en torno a la 'no-maternidad'", *Investigaciones Feministas*, Vol. 4, pp. 221-239.

Ariès, Philippe (1987) *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*, Taurus, Madrid.

Asakura, Hiroko (2005) "Cambios en el significado de la maternidad: la emergencia de nuevas identidades femeninas (un estudio de caso: mujeres profesionistas de

clase media en la ciudad de México”, Marta Torres (comp.) *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, El Colegio de México, pp. 61-97.

Ávila, Yanina (2005) “Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres”, *Desacatos. Revista de Antropología Social*, CIESAS, Núm. 17, enero- abril, pp. 107-126.

Baerveldt, Cor (1999) “La psicología cultural como el estudio del significado: algunas consideraciones epistemológicas”, *Psicología y Ciencia Social*, Vol. 3, Núm.1.

Badinter, Elisabeth (1980) *¿Existe el amor maternal?*, Colección Paidós Pomaire, Padres e Hijos, Barcelona, pp. 311.

Balderas, Alehí (2018, agosto 20) “Esterilización forzada y consentimiento informado” [en línea] *Animal Político* [Fecha de consulta: 15 diciembre de 2018] Recuperado de: <<https://www.animalpolitico.com/punto-gire/esterilizacion-forzada-y-consentimiento-informado-como-medio-de-prueba/>>

Beauchamp, Tom; Childress, James (1999) *Principios de ética biomédica*, Editorial Masson, S.A., Barcelona.

Benatar, David (2006) *Better Never to Have Been: The Harm of Coming into Existence*, Oxford University Press, United Kingdom.

Berman, Eliza (2015, abril 8) “‘Selfish, Shallow and Neurotic’: How the Conversation on Childlessness Got Started” [en línea] *TIME*, [Fecha de consulta: 20 de marzo de 2018] Recuperado de: <<http://time.com/3813535/national-organization-for-non-parents/>>

Benavides, Alfredo (2017) “Bioética en sexualidad y reproducción humana”, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 63, Núm. 4, pp. 565-572.

Bradley, Sarah; Casterline, John (2014) "Understanding Unmet Need: History, Theory, and Measurement"; *Studies in Family Planning*, Vol. 45, No. 2, pp. 123-150.

Branciforte, Laura (2009) "La maternidad: el tránsito desde la tradición a la elección en la edad contemporánea", *Cuadernos Kóre*, Universidad Carlos III, Madrid, Vol. 1, Núm. 1, pp. 41-52.

Brase, Gary; Brase Sandra (2012) "Emotional regulation of fertility decision making: what is nature and structure of 'baby fever'?", *Emotion*, Vol. 12, No .5, pp.1141-1154.

Boladeras, Margarita; Goberna, Josefina (2017) *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*, Universidad de Barcelona.

Bonino, Luis (2002) "Masculinidad hegemónica e identidad masculina", *Dossiers Feministes*, Universitat Jaume I de Castellón, Núm. 6, pp. 7-34.

Boschman, Sanne (2007) *Choosing childlessness. Decision-making of women about childlessness; the role of values*, Population Research Centre, Groningen University, Netherlands.

Cabrera, Jorge (2000) "Bioética y anticoncepción", *Persona y Bioética*, Universidad de La Sabana, Colombia, Vol. 4, Núm. 10, enero-agosto, pp. 192-200.

Carroll, Laura (2012) *The Baby Matrix. Why freeing our minds from outmoded thinking about parenthood & reproduction will create a better world*, Live True Books, United Kingdom.

Castro, Roberto (2010) "En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo", Ivonne Szasz y Susana Lerner (comp.) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, 3ª. reimpresión, El Colegio de México, pp. 57-85.

Chandiramani, Radhika (2001) “Derechos y ética en las intervenciones, experiencias e investigación en el campo de la sexualidad”, Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa Perea, *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, pp. 199-222.

Collignon, María Martha; Rodríguez, Zeyda (2013) “Afectividad y sexualidad entre los jóvenes. Tres escenarios para la experiencia íntima del siglo XX”, Rossana Reguillo (coord.) *Los jóvenes en México*, 1ª reimpresión, FCE, CONACULTA, pp. 262-315.

CONAPO (2016) *Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana*, México.

Connell, R.W (1995) *Masculinities*, 2ª. Edition, Policity Press, United Kingdom.

Contreras, Francisco; De Keijzer, Benno; Ayala, Luis (2010) “La construcción de la masculinidad y sus expresiones en la sexualidad de los adolescentes”, Elsa Ladrón de Guevara Morales, Benno de Keijzer Fokker y Jaime Morales Romero (comp.), *Colecciones Educativas en Salud Pública 8*, Universidad Veracruzana, pp. 495-517.

Córdoba, Diana; Mercado, Teresa; Sapién, José (2010) “Opiniones y experiencias de la vida sexual de mujeres con parejas con vasectomía”, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, Vol. 15, Núm. 3, julio-septiembre, pp. 144-151.

Cruz, María, Reyes, María, Cornejo, Marcela (2012) “Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a”, *Cinta Moebio. Revista de epistemología de ciencias sociales*, Núm. 45, diciembre, pp.253-274.

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (1997) *Derechos reproductivos de la mujer en México: un reporte sombra*, New York, pp.43.

Dehays, Jorge (1997) "Algunas reflexiones sobre la esterilización femenina y sus efectos" en *Sociológica*, Vol. 12, Núm. 33, enero-abril, pp.140-158.

De Beauvoir, Simone (1992) *El segundo sexo*, Ediciones Siglo Veinte, Alianza Editorial, 4ª. Edición, México.

Dennett, Daniel (1995) *Darwin's dangerous idea. Evolution and the meanings of life*, Penguin Books, Britain, pp. 523.

Díaz, Soledad (2004) "Ética y regulación de la fertilidad", Ana Escribar, Manuel Pérez, Raúl Villarroel (eds.) *Bioética: Fundamentos y Dimensión Práctica*, Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, pp. 195- 209.

Donchin, Anne (2001) "Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles", *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 26, Núm.4, pp. 365-386.

Ellis, Bruce, Shirtcliff, Elizabeth; Boyce, Thomas; Dearnorff, Julianna; Essex, Marilyn (2011) "Quality of early family relationships and the timing and tempo of puberty: effects depend on biological sensitivity to context", *Development and psychopathology*, Vol. 23, No. 1, february, pp. 85-99.

Engelhardt, Tristan H. (1995) *Los fundamentos de la bioética*, Editorial Paidós, Barcelona.

Espinosa, Gretel (2012) "Contexto demográfico del siglo XX: efectos en la familia", *Revista de Antropología y Sociología*, Editorial Universidad de Caldas, Vol. 14, pp.209-230, Colombia.

Espinosa, Gisela; y Paz, Lorena (2004) “La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva”, *Revista Sociológica*, Vol. 19, Núm. 54, enero-abril, Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 125-153.

Esteinou, Rosario (2009-2010) “Las relaciones de pareja en el México moderno”, *Revista Casa del Tiempo*, Universidad Autónoma Metropolitana, diciembre-enero, Núm. 26-27, pp. 65-75.

Facio, Alda (2008) *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, Instituto Interamericano de los Derechos Humanos, San José, Costa Rica.

Fagetti, Antonela (2006) *Mujeres Anómalas. Del cuerpo simbolizado a la sexualidad constreñida*, Quince años, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Fernández Cerdeño, Araceli (2004) *La brecha entre el uso de la esterilización voluntaria femenina y masculina y su relación con el papel de la fertilidad en las representaciones sociales de la masculinidad. El caso de Chiapas*, (tesis de maestría), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México.

Figuroa, Juan Guillermo; Stern, Claudio (2001) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, pp.199-222.

Figuroa, Juan Guillermo; Fuentes, Cristina (2001) “Una reflexión ética sobre los derechos humanos: el contexto de la reproducción de las mujeres jóvenes”, Juan Guillermo Figuroa Perea (coord.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, UNAM y Porrúa, pp. 75-97.

Figuroa, Juan Guillermo (1995) “Apuntes sobre algunas posibilidades de autodeterminación reproductiva en América Latina”, *Perfiles Latinoamericanos*,

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ciudad de México, Núm. 6, junio, pp.121-147.

----- (1995) *Aproximación al estudio de los derechos reproductivos. Reflexiones, sexualidad, salud y reproducción*. Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.

----- (1994) “Apuntes para un estudio multidisciplinario de la esterilización femenina” en *Estudios Demográficos y Urbanos*, El Colegio de México, Vol. 9, Núm. 1 (25), enero-abril, pp. 105-128.

Foucault, Michel (1991) *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*, 18ª. Edición, Siglo XXI Editores.

García, Brígida; De Oliveira, Orlandina (2006) *Las familias en el México Metropolitano*, Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales, El Colegio de México.

García Alarcón, Rodrigo (2012) “La bioética en perspectiva latinoamericana, su relación con los Derechos Humanos y la formación de la consciencia social de futuros profesionales”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, Vol. 12, Núm. 2, Edición 23, pp. 44-51.

García Dauder, S. (2003) “Fertilizaciones cruzadas entre la psicología social de la ciencia y los estudios feministas de la ciencia”, *Athenea digital. Revista de pensamiento e investigación social*, Núm. 4 (otoño), pp. 109-150.

Gannon, Linda (1998) “The impact of medical and sexual politics on women’s health”, *Feminism and Psychology*, Vol. 8, No. 3, pp. 285–302.

Gayet, Cecilia; Szasz, Ivonne (2014) "Sexualidad sin matrimonio. Cambios en la primera relación sexual de las mujeres mexicanas durante la segunda mitad del siglo XX", Cecilia, Rabell Romero (coord.) *Los mexicanos un balance del cambio demográfico*, FCE, Selección de Obras de Sociología, pp. 350-385.

Gillespie, Rosemary (2000) "When no means no: disbelief, disregard and deviance as discourses of voluntary childlessness", *Women's Studies International Forum*, Vol. 23, No. 2, pp. 223-234.

GIRE (2015) *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos Reproductivos en México*, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.

Goffman, Erving (1972) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, 1ª. Reimpresión, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Gomila, Antoni (2009) "El peligroso Darwin y las ciencias sociales", *Ludus Vitalis. Revista de Filosofía de Ciencias de la Vida*, Vol. 17, Núm. 32, pp. 339-352.

González, Juliana (2008) *Perspectivas de bioética*, FCE, México.

Goodman, Anna; Koupil, Ilona; Lawson, David (2012) "Low fertility increases descendant socioeconomic position but reduces long-term fitness in a modern postindustrial society", *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, No. 279, pp. 4342-4351.

Graham, Melissa; Hill, Erin; Shelly, Julia; Taket, Ann (2013) "Why are childless women childless? Findings from an exploratory study in Victoria, Australia", *Journal of Social Inclusion*, Vol. 4, No. 1, pp. 70-89.

Guevara, Elsa (2003) “Los derechos reproductivos y los hombres. El debate pendiente”, *Desacatos. Revista de Antropología Social*, CIESAS, Núm. 11, primavera, pp.105-119.

Haraway, Donna (2019) *Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chthuluceno*, Helen Torres (trad.), Edición Consonini, España.

----- (2017) *Manifiesto de las especies de compañía: perros, gentes y otredad significativa*, Isabel Mellén (trad.), Bocavulvaria Ediciones, Argentina.

Harding, Sandra (2010) “¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista”, Norma Blázquez Graf; Fátima Flores Palacios; Maribel, Ríos Everardo (coords.) *Investigación feminista. Epistemología, metodología, representaciones sociales*, Colección Debate y reflexión, UNAM, pp. 39-66.

Hernández Aguilera, R; Marván Garduño, M. (2014) “La vasectomía desde una perspectiva psicosocial”, *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, Núm. 29. Vol. 1, pp.30-35.

Hernández Ordóñez, Azucena (2005) *Representaciones sociales, prácticas y eventos relacionados con la maternidad y la paternidad en jóvenes que viven en la calle* (tesis de doctorado), Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM, México.

Herrera, Pablo (1999) “La masculinización de los cuerpos”, Juan Guillermo Figueroa Perea (ed.), *Salud reproductiva y sociedad* (número especial sobre varones y salud reproductiva), Boletín del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, Año 3, Núm. 8, México. pp. 13-15.

Hird, Myra J.; Abshoff, Kimberly (2000) "Women without Children: A contradiction in terms?", *Journal of Comparative Family Studies*, Vol. 31, No. 3, Ethnicity and gender in non-traditional family forms: Studies of families pushing normative boundaries, pp. 347-366.

Hitchcock, Beth (2018, marzo 29) "*It's time to give PANKs (Professional Aunt, No Kids) a little respect*" [en línea] *Today's Parents*, [Fecha de consulta: 20 de marzo de 2018] Recuperado de: <<https://www.todayparent.com/family/family-life/give-aunts-a-little-respect/>>

IMSS (25 de septiembre, 2017) "Vasectomía sin bisturí" [en línea] *IMSS*. Recuperado de: <<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/vasectomia>>

INEGI (2018) "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018" [en línea] *Principales resultados* [Fecha de consulta: 20 de febrero de 2020] Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_ena did18.pdf>

----- (2018) "Procedimientos médicos quirúrgicos realizados por entidad federativa y procedimiento según tipo de establecimiento" Tabulados predefinidos, Servicios [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2020] Recuperado de: <<https://www.inegi.org.mx/programas/salud/default.html#Tabulados>>

----- (2019) "Mujeres y hombres en México 2019 [Fecha de consulta: 20 de febrero de 2020] Recuperado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2019.pdf>

Jiménez, Lucero (2001) *La reproducción de los varones en México. El entorno sexual de la misma. Estudios de casos* (tesis de doctorado), Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México.

Kanazawa, Satoshi (2012, junio 14) “*The disadvantage of smarts*” [en línea] *The Economist*, [Fecha de consulta: 11 de abril de 2019] Recuperado de:
< <https://www.economist.com/prospero/2012/06/14/the-disadvantage-of-smarts>>

Kaplan, Hillard (1996) “A theory of fertility and parental investment in traditional and modern human societies”, *Yearbook of Physical Anthropology*, No. 39, pp. 91-135.

Kaplan, Lawrence; Tong, Rosemarie (1996) *Controlling our reproductive Destiny. A Technological and philosophical perspective*, MIT Press.

Kaufman, M. (1997) “Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres”, José Olavarría y Teresa Valdés (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis*, Chile, Isis Internacional, pp. 63-81.

Lamas, Martha (2011) “Cuerpo y política: la batalla por despenalizar el aborto”, Gisela Espinosa Damián; Ana Lau Jaivén (coords.), *Un fantasma recorre el siglo. Luchas feministas en México 1910-2010*, UAM, Conacyt, El Colegio de la Frontera Sur, Editorial Itaca, México.

Lara, Alí; Enciso, Guiazú (2013) “El giro afectivo”, *Athenea digital. Revista de pensamiento e investigación social*, Vol. 13, Núm. 3, noviembre, pp. 101-119.

Lee, Kyung-Hee; Zvonkovic, M. Anisa (2014) “Journey to remain childless: A grounded theory examination of decision-making processes among voluntary childless couples”, *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 31, Núm. 4, pp. 535-553.

Lévi-Strauss, Claude (1969) *Las estructuras elementales del parentesco*, Paidós Ibérica, S.A., Barcelona, pp. 575.

Linares, Bárbara; Nazar, Austreberta; Zapata, Emma (2019) “Ni madre, ni esposa.

Mujeres indígenas de Amatenango del Valle, Chiapas, México”, *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, Vol.5, Julio, El Colegio de México.

Lizárraga, Xabier (2007) “Sexualidad del Homo Sapiens-Demens: instinto versus altricidad y neotenia”, Magalí Civera Cerecedo y Martha Rebeca Herrera (eds.) *Estudios de Antropología Biológica*, Vol. 13, 1115-1122, IIA, INAH, AMAB, México.

López, Alejandro (2017, diciembre 1) “La práctica del gobierno mexicano de esterilizar a los indígenas contra su voluntad” [en línea] *Cultura Colectiva* [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2018] Recuperado de: <<https://culturacolectiva.com/historia/esterilizacion-forzada-de-indigenas-contra-su-voluntad/>>

Lugo, Lourdes (1999) “Relatos de la esterilización: entre el acomodo y la resistencia”, *Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 6, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, pp.208-226.

Malson, Helen; Swann, Catherine (2003) “Re-producing ‘woman’s body: reflections on the (dis)place(ments) of ‘reproduction’ for (post)modern woman”, *Journal of Gender Studies*, Vol. 12, No.3, november.

Mandujano, Yunuen (2019) “Exploring the Construction of Adulthood and Gender Identity Among Single Childfree People in Mexico and Japan”, *SAGE Open*, april-june, pp. 1-12.

Marajofsky, Laura (2018, marzo 17) “*Ginks*: los que priorizan la ecología a la paternidad” [en línea] *La Nación* [Fecha de consulta: 20 de marzo de 2018] Recuperado de: <<https://www.lanacion.com.ar/2117653-ginks-los-que-priorizan-la-ecologia-a-la-paternidad/>>

Medina, Gabriel (2013) "Tecnologías y subjetividades juveniles", Rossana Reguillo, (coord.) *Los jóvenes en México*, 1ª. reimpresión, FCE, CONACULTA, pp. 154-182,

Menéndez, Eduardo (2004) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", Hugo Spinelli (comp.) *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Lugar editorial, México.

Menkes, Catherine; Mojarro, Octavio (2006) "Preferencias reproductivas en el último tramo de la transición demográfica en México", *La situación demográfica en México*, CONAPO, México, pp. 107-113.

Mier y Terán, Marta (2014) "Pautas reproductivas: la escolaridad y otros elementos explicativos", Cecilia, Rabell Romero (coord.) *Los mexicanos un balance del cambio demográfico*, FCE, Selección de Obras de Sociología, México, pp. 306-349.

Miller, Warren B. (1983) "Chance, choice, and the future of reproduction", *American Psychologist*, Vol. 38, No.11, november, pp. 1198-1205.

Miettinen, Anneli; Szalma, Ivett (2014) "Childlessness intentions and ideals in Europe", *Finnish Yearbook of Population Research*, Vol. 49, pp. 31-55.

Mocellin, Marcia (2013) *Consentimiento informado: desde sus orígenes hasta las nuevas perspectivas bajo el marco intercultural*, Editorial Fontamara, Colección: derecho, salud y bioética, México.

Monje, Carlos (2011) *Metodología de la investigación cualitativa. Guía didáctica*, Universidad Surcolombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Neiva, Colombia.

Morell, Carolyn (1993) *Theorizing reproductive diversity: Living the childless “choice”* [en línea] Universidad de Ohio. Recuperado de:
<https://kb.osu.edu/dspace/bitstream/handle/1811/33882/6_Morell_paper.pdf?sequence=1>

Nicholson, Linda (2003) “La interpretación del concepto género”, Silvia Tubert (ed.) *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*, Madrid, Ediciones Cátedra/Universitat de Valencia/Instituto de la Mujer, pp. 47-81.

OMS (1994) *Esterilización femenina. Lo que deben saber los agentes de salud. Planificación Familiar y Población*. División de Salud Reproductiva, Ginebra, pp. 38.

Overall, Christine (2012) *Why Have Children? The Ethical Debate*, The MIT Press Cambridge, Massachusetts, London.

ONU (1994) *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Nueva York, A/CONF.171/13/Rev.1.

Palomar, Cristina (2005) “Maternidad: Historia y cultura”, *Revista La ventana*, Núm. 22, Universidad de Guadalajara, Centro de Estudios de Género, pp. 35-67.

Papacchini, Angelo (2000) “El porvenir de la ética: la autonomía moral, un valor imprescindible para nuestro tiempo”, *Revista de Estudios Sociales*, Núm. 5, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes, pp.32- 49.

Parrini, Rodrigo (2000) “Los poderes del padre: paternidad y subjetividad masculina”; José, Olavarría y Rodrigo, Parrini (eds.) *Masculinidad/es, identidad, sexualidad y familia. Primer encuentro de estudios de masculinidad*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Red de Masculinidad, Santiago de Chile.

Pérez, L. (2017, noviembre 30) “En México, sólo 2% de los hombres se practica la vasectomía: Ahued” [en línea] *Excelsior* [Fecha de consulta: 16 de diciembre 2017] Recuperado de: <<http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/11/19/1202263>>

Peterson, Helen; Engwall, Kristina (2013) “Silent bodies: Childfree women’s gendered and embodied experiences”, *European Journal of Women’s Studies*, No. 20, Vol. 4, pp. 376–389.

Piazzini, Carlo (2014) “Conocimientos situados y pensamientos fronterizos: una relectura desde la Universidad”, *Geopolítica(s). Revista de estudios sobre espacio y poder*, Vol. 5, Núm. 1, pp. 11-33

Presser, Harriet B. (1970) *Esterilización voluntaria: una visión mundial, Informe sobre población y planificación familiar*, Consejo de Población y el Instituto para el Estudio de la Reproducción Humana, Universidad de Columbia, Núm. 5, pp. 50-69.

Pinker, Steven (2003) *La tabla rasa. La negación moderna de la naturaleza humana*, Paidós, Transiciones, pp. 704.

Quilodrán, Julieta y Juárez, Fátima (2011) “Razones para reducir la fecundidad: opiniones de las mujeres que lideraron el cambio”, Julieta Quilodrán (coord.) *Parejas conyugales en transformación: una visión al finalizar el siglo XX*, El Colegio de México, pp. 383-421.

Quilodrán, Julieta (2008) “Los cambios en la familia vistos desde la demografía: una breve reflexión”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, El Colegio de México, Vol. 23, Núm. 1, enero-abril, 2008, pp. 7-20.

Rabell, Cecilia; Gutiérrez, Edith (2014) “Grupos domésticos, hogares y familias, en los censos de 1985 a 2010” en Cecilia, Rabell Romero (coord.) *Los mexicanos un*

balance del cambio demográfico, FCE, Selección de Obras de Sociología, México, pp. 225-268.

Ramírez, Valentina (2013) *Una aproximación sociocultural a la no-maternidad voluntaria* (tesis de maestría), Maestría en Comunicación de la Ciencia y la Cultura, ITESO, Jalisco, México.

Richie, Cristina (2013) "Voluntary sterilization for childfree women: Understanding patient profiles, evaluating accessibility, examining legislation", *Hastings Center Report*, Vol. 43, No. 6, november-december, pp.36-44.

Rodríguez, Zeyda (2006) *Paradojas del amor romántico. Relaciones amorosas entre jóvenes*, SEP, Instituto Mexicano de la Juventud, México.

Rowlands, Sam; Walker Susan (2019) "Reproductive control by others: means, perpetrators and effects"; *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Vol. 45, pp.61-67.

Ruiz, Rosaura (2015) "Sexualidad y evolución (biología y cultura)", Rosaura Ruiz; Fabrizio Guerrero; Benjamín Mayer; Marta Lamas, *Sexualidad: biología y cultura*, 1ª. Edición, Cuadernos del Seminario Modernidad: Versiones y Dimensiones, UNAM, México.

Sagols, Lizbeth (2010) "Trazos de la bioética en México: el alcance de las perspectivas filosóficas laicas", *Theoría: Revista del Colegio de Filosofía*, UNAM, Núm. 20-21, pp.35-62.

Saletti, Lorena (2008) "Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad", *Clepsidra. Revista interdisciplinaria de estudios sobre memoria*, Núm. 7, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires.

Salguero, Alejandra (2006) "Identidad, responsabilidad familiar y ejercicio de la paternidad en varones del Estado de México", *Papeles de población*, Núm. 48, abril-junio, CIEAP/UAEM, pp. 155-179.

Salles, Vania; Tuirán Rodolfo (2001) "El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?", Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, pp.93-113.

Sánchez Bringas, Ángeles; Espinosa, Sara; Ezcurdia, Claudia; Torres, Edna (2004) "Nuevas maternidades o la construcción de la maternidad en México", *Debate Feminista*, Vol. 30, Octubre: Maternidades, Centro de Investigaciones y Estudios de Género, UNAM, México.

Sánchez Escobedo, Pedro; Cetina, Thelma; Menéndez, Patricia (1995) *Efectos psicológicos de la esterilización quirúrgica en mujeres Yucatecas*, Universidad Autónoma de Yucatán.

Sánchez Torres, Fernando (2004) "El consentimiento informado en las investigaciones en ciencias humanas", Chantal Aristizábal Tobler, *et al.*, *Horizontes de la bioética: salud y realidad social*, Academia Nacional de Medicina, Bogotá, Colombia.

Sarrible, Graciela (1998) *Teoría de la población*, Textos docentes 73, Universidad de Barcelona, pp.154.

Schongut, Nicolas (2012) "La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia", *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Universidad Autónoma de Barcelona, Vol. 2, Núm. 2, noviembre, pp. 27-65.

Secretaría de Salud (2019) Salud en tu casa [Fecha de consulta: 20 de enero de 2019] Recuperado de: <<https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa>>

----- (2004) Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar [Fecha de consulta: 10 de febrero de 2018] Recuperado de:

<<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005ssa293.html>>

Settle, Braelin; Brumley, Krista (2014) "It's the choices you make that get you there: Decision-making pathways of childfree women"; *Michigan Family Review*, Vol. 18, No. 1, pp. 1-22.

Shaw, Rachel Louise (2011) "Women's experiential journey toward voluntary childlessness", *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Vol. 21, No. 2, march-april, pp. 151-163.

Sherwin, Susan (1992) *No longer patient: Feminist Ethics and Health Care*, Temple University Press.

Solís, Patricio; Ferrari, Sabrina (2014) "Nuevo siglo ¿nuevas pautas de formación y disolución se uniones?", Cecilia, Rabell Romero (coord.) *Los mexicanos un balance del cambio demográfico*, FCE, Selección de Obras de Sociología, pp. 269-305.

Solé, Carlota; Parella, Sònia (2004) "«Nuevas» expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales «exitosas»", *Revista Española de Sociología*, Núm. 4, pp. 67-92.

Tuirán, Rodolfo (1988) "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", *Memorias de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*, Secretaría de Salud.

Urteaga, Maritza (2013) “Género, clase y etnia. Los modos de ser joven”, Rossana Reguillo (coord.), *Los jóvenes en México*, 1ª. Reimpresión, FCE, CONACULTA, pp. 15-51.

Vallarta, María (2005) “El consentimiento informado: un derecho reproductivo en México”, Marta Torres Falcón (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, pp. 239-274.

Valls-Llobet, Carme (2003) “Pobreza, condiciones de trabajo, estereotipos de género y salud de las mujeres”, Ma. Pilar Sánchez López (coord.), *Mujer y Salud. Familia, trabajo y sociedad*, Ediciones Díaz de Santos, España.

Varillas, Adriana (2019, mayo 06) “Diputada propone esterilizar mujeres que aborten por segunda vez” [en línea] *El Universal* [Fecha de consulta: 08 mayo de 2019] Recuperado de: <<https://www.eluniversal.com.mx/estados/diputada-propone-esterilizar-mujeres-que-aborten-por-segunda-vez>>

VHEMT (2018) “The Voluntary Human Extinction Movement” [Fecha de consulta: 20 de marzo de 2018] Recuperado de: <<http://vhemt.org/>>

Veenhoven, Ruut (1975) “Is there an innate need for children?”, *European Journal of Social Psychology*, Vol. 4, No. 4, October- December, pp. 495–501.

Viesca, Carlos (2008) “Bioética. Concepto y métodos” en Juliana González Valenzuela (coord.), *Perspectivas de bioética*, FCE, México.

Vela, Fortino (2013) “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa”, María Luisa Tarrés (coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, 1ª. Edición, FLACSO México: El Colegio de México.

Viveros, Mara (2009) "La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano", *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, Núm. 1, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, Río de Janeiro, pp. 11-29.

----- (1998) "Orden corporal y esterilización masculina", *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, año 4, Núm. 9, pp.145-170.

Weeks, Jeffrey (1998) *Sexualidad*, Paidós, PUEG, UNAM, México.

Zavadivker, Maria (2007) "¿Puede la sociobiología fundamentar la ética?", Nicolás Zavadivker (comp.) *La ética en la encrucijada*, Prometeo Libros, Buenos Aires, Argentina, pp. 81-96.

Zavala, María (2014) "La transición demográfica 1895-2010: ¿una transición original?", en Cecilia, Rabell (coord.) *Los mexicanos un balance del cambio demográfico*, pp. 80-114, FCE, Selección de Obras de Sociología, México.

Anexo 1. Guía entrevista en profundidad. Esterilización voluntaria – mujeres

Decisión

1. ¿A qué edad comenzaste a pensar que lo mejor para ti sería no tener hijos/as?
2. ¿Qué fue lo que te llevó a tomar esa decisión?
3. ¿Qué experiencias o situaciones reforzaron tu decisión?
4. ¿Existió algún momento o experiencia que te hiciera reconsiderar tu decisión?

Anticonceptivos

5. ¿Qué anticonceptivos has utilizado? (tiempo, reacciones, costo, accesibilidad)
6. ¿Cómo fue que elegiste el método anticonceptivo que actualmente usas?
7. ¿Cómo lo adquieres? (accesibilidad, costo)
8. ¿Por cuánto tiempo has estado utilizando este método anticonceptivo?
9. ¿Has tenido molestias?
10. ¿Cómo te proteges de las ETS?
11. ¿Dirías que el método anticonceptivo que utilizas te permite llevar una vida sexual plena?

Embarazo

12. Cuando piensas en el embarazo ¿qué es lo que viene a tu mente?
13. ¿Has estado embarazada?
14. ¿Qué sentimientos te provocó estar embarazada?

Aborto

15. ¿Cuántos abortos has tenido?
16. ¿A qué edad tuviste tu primer aborto?
17. ¿Dónde te practicaron el procedimiento?
18. ¿Recibiste algún tipo de apoyo psicológico previo o posterior?
19. Si tenías pareja en ese momento ¿te apoyó durante el proceso?

Pareja

20. ¿Tu pareja actual comparte tu decisión de no tener hijos/as?
21. ¿Qué piensa tu pareja actual (o parejas anteriores) de tu decisión de no tener hijos/as?
22. ¿Regularmente en qué fase de tu relación externas tu decisión?
23. ¿Tu decisión de no tener hijos ha sido el motivo determinante para terminar una relación sentimental?

Familia

24. Descripción de la familia (relación de los padres, número de hermanos)
25. ¿A qué edad conversaste con tu familia sobre tu decisión?
26. ¿Qué comentarios obtuviste?
27. ¿Cuál es tu idea de una familia?
28. Cuando asistes a eventos familiares ¿qué tipo de comentarios escuchas en relación con tener hijos/as?

29. En estos mismos eventos, cuando te cuestionan cuándo vas a tener hijos/as ¿qué respondes?
30. ¿En qué aspectos piensas que tu vida es diferente a la de tus amigos o familiares que tienen hijos/as?

Amigos

31. ¿Tienes amigos/as que hayan decidido no tener hijos/as?
32. ¿Conoces cuáles son o fueron sus motivos para decidirlo? ¿Son similares a los tuyos?
33. ¿Qué comentarios has obtenido de tus amigos que no comparten tu decisión?

Maternidad

34. ¿Qué opinas sobre la maternidad?
35. ¿Crees que en nuestra sociedad la maternidad es importante? ¿Por qué?
36. ¿Has pensado en tener hijos/as no biológicos? (adopción).

Representaciones sobre las mujeres sin hijos/as

37. ¿Cómo crees que socialmente son percibidas las mujeres que no desean tener hijos/as?
38. ¿Consideras que existen diferencias entre la experiencia de una mujer que decide no tener hijos/as y la de un hombre que decide lo mismo?
39. ¿Has escuchado los términos *childfree* y *childless*?
40. ¿Sabes qué significan?
41. ¿Te identificas con alguno? ¿Por qué?
42. ¿Cuál piensas que es el término correcto para nombrar a las mujeres y hombres que comparten tu decisión?

Relación con prestadores de servicios médicos

43. ¿En qué momento manifestaste a tu ginecólogo/a que no deseabas tener hijos/as?
44. ¿Qué comentarios recibiste en respuesta a tu decisión?
45. ¿Qué tipo de opciones anticonceptivas te ofrecieron?
46. ¿Te explicó las molestias que podrías tener?
47. ¿Se tomó el tiempo suficiente para aclarar tus dudas?

Esterilización voluntaria-OTB

48. ¿En qué momento comenzaste a considerar la esterilización? (edad, motivos)
49. ¿Buscaste información sobre el procedimiento de OTB y dónde obtenerlo? (fuentes, amistades, otras experiencias)
50. ¿Podrías describir a grandes rasgos en qué consiste la OTB?
51. ¿Por qué elegir un método anticonceptivo definitivo?
52. ¿Cuánto tiempo llevas solicitando la esterilización?
53. ¿A dónde acudiste a solicitarla?
54. ¿Qué argumentos diste al personal médico cuando solicitaste la esterilización?
55. ¿Qué reacciones obtuviste? (argumentos para negar la esterilización)
56. ¿Te ofrecieron algún tipo de orientación psicológica o de otro tipo?
57. ¿Con cuántos médicos acudiste a solicitar la OTB?

58. ¿Consideras que ser mujer o ser hombre sea algo que los médicos consideran importante para realizar o no la esterilización?

Procedimiento realizado

- 59. ¿Qué edad tenías cuando te realizaron la esterilización?
- 60. ¿Cuánto tiempo te llevó lograr que te practicaran el procedimiento?
- 61. ¿Te explicaron detalladamente en qué consistía el procedimiento de esterilización?
- 62. ¿Te pidieron la firma de una responsiva o consentimiento informado?
- 63. ¿Experimentaste alguna molestia física derivada de la esterilización?
- 64. ¿Te ofrecieron algún tipo de atención psicológica posterior a la esterilización?
- 65. ¿Qué aspectos de tu vida mejoraron a partir de la esterilización?
- 66. ¿En algún momento te has arrepentido de la esterilización?
- 67. ¿Tu pareja actual sabe que estás esterilizada?
- 68. ¿En qué momento de tu relación mencionaste que estabas esterilizada?
- 69. ¿Tu pareja te ha sugerido buscar alguna alternativa para que puedan tener hijos?
- 70. ¿Por qué crees que otras mujeres que deciden no tener hijos no buscan realizarse una esterilización?

Derechos sexuales y reproductivos

- 71. ¿Conoces cuáles son los derechos sexuales y reproductivos?
- 72. ¿Cuál de estos derechos protegería tu decisión de no tener hijos/as?
- 73. ¿Consideras que los derechos sexuales y reproductivos representan las necesidades de las personas que deciden no tener hijos/as?

Anexo 2. Guía entrevista en profundidad. Esterilización voluntaria - hombres

Decisión

1. ¿A qué edad comenzaste a pensar que lo mejor para ti sería no tener hijos/as?
2. ¿Qué fue lo que te llevó a tomar esa decisión?
3. ¿Qué experiencias o situaciones reforzaron tu decisión?
4. ¿Existió algún momento o experiencia que te hiciera reconsiderar tu decisión?

Anticonceptivos

5. ¿Qué método anticonceptivo utilizas frecuentemente? (accesibilidad, costo, satisfacción)
6. ¿Tu pareja utiliza algún método anticonceptivo adicional?
7. ¿Cómo te proteges de las ETS?
8. ¿Dirías que el método anticonceptivo que utilizas te permite llevar una vida sexual plena?
9. ¿Consideras que la información sobre anticonceptivos para las mujeres y hombres que deciden no tener hijos/as debería ser diferente a la que reciben otras personas? ¿por qué?

Pareja

10. ¿Tu pareja actual comparte tu decisión de no tener hijos/as?
11. ¿Qué piensa tu pareja actual (o parejas anteriores) de tu decisión de no tener hijos/as?
12. ¿Regularmente en qué fase de tu relación externas tu decisión?
13. ¿Tu decisión de no tener hijos ha sido el motivo determinante para terminar una relación sentimental?
14. ¿Alguna vez una de tus parejas sentimentales te llevó a que cuestionaras tu decisión?
15. ¿Has embarazado a alguna de tus parejas?
16. ¿Cuál fue tu reacción y el resultado final?
17. ¿Tu pareja sabía de tu decisión de no querer hijos/as?

Familia

18. Descripción de la familia (relación de los padres, número de hermanos)
19. ¿A qué edad conversaste con tu familia sobre tu decisión?
20. ¿Qué comentarios obtuviste?
21. ¿Cuál es tu idea de una familia?
22. Cuando asistes a eventos familiares ¿qué tipo de comentarios escuchas con relación a tener hijos?
23. En estos mismos eventos, cuando te cuestionan cuándo vas a tener hijos ¿qué respondes?
24. ¿En qué aspectos piensas que tu vida es diferente a la de tus amigos o familiares que tienen hijos/as?

Amigos

25. ¿Tienes amigos/as que hayan decidido no tener hijos/as?
26. ¿Conoces cuáles fueron sus motivos para decidirlo? ¿Son similares a los tuyos?
27. ¿Qué comentarios has obtenido de tus amigos que no comparten tu decisión?

Paternidad

28. ¿Qué opinas sobre la paternidad?
29. ¿Crees que en nuestra sociedad la paternidad es tan importante como la maternidad?
30. ¿Has pensado en tener hijos no biológicos? (adopción)

Representaciones sobre hombres sin hijos/as

31. ¿Cómo crees que socialmente son percibidos los hombres que no desean tener hijos/as?
32. ¿Consideras que existen diferencias entre la experiencia de una mujer que decide no tener hijos/as y la de un hombre que decide lo mismo?
33. ¿Has escuchado los términos *childfree* y *childless*? (significado)
34. ¿Te identificas con alguno? ¿por qué?
35. ¿Cuál piensas que es el término correcto para nombrar al grupo de personas que deciden no tener hijos/as?

Relación con prestadores de servicios médicos

36. ¿En qué momento manifestaste a tu urólogo o algún prestador de servicios médicos que no deseabas tener hijos/as? (edad, motivos)
37. ¿Qué comentarios recibiste en respuesta a tu decisión?
38. ¿Qué tipo de opciones anticonceptivas te ofrecieron?
39. ¿Se tomó el tiempo suficiente para aclarar tus dudas?

Esterilización voluntaria - vasectomía

40. ¿En qué momento comenzaste a considerar la vasectomía?
41. ¿Buscaste información sobre la vasectomía y dónde obtenerla? (fuentes, amistades, otras experiencias)
42. ¿Podrías describir a grandes rasgos en qué consiste la vasectomía?
43. ¿Por qué elegir un método anticonceptivo definitivo?
44. ¿Cuánto tiempo llevas solicitando la vasectomía?
45. ¿A dónde acudiste a solicitarla?
46. ¿Qué argumentos diste al personal médico cuando la solicitaste?
47. ¿Qué reacciones obtuviste? (argumentos para negar la vasectomía)
48. ¿Te ofrecieron algún tipo de orientación psicológica o de otro tipo?
49. ¿Con cuántos médicos acudiste a solicitar la vasectomía?
50. ¿Consideras que ser mujer o ser hombre sea algo que los médicos consideran importante para realizar o no la esterilización voluntaria?

Procedimiento realizado

51. ¿Qué edad tenías cuando te realizaron la vasectomía?
52. ¿Cuánto tiempo te llevó lograr que te practicaran el procedimiento?

53. ¿Te explicaron detalladamente en qué consistía el procedimiento de vasectomía?
54. ¿Te pidieron la firma de una responsiva o consentimiento informado?
55. ¿Experimentaste alguna molestia física posterior?
56. ¿Te ofrecieron algún tipo de atención psicológica posterior a la vasectomía?
57. ¿Qué aspectos de tu vida mejoraron a partir de la vasectomía?
58. ¿En algún momento te has arrepentido de tu decisión?
59. ¿Tu pareja actual sabe que tienes una vasectomía?
60. ¿En qué momento de tu relación se lo mencionaste?
61. ¿Tu pareja te ha sugerido buscar alguna alternativa para que puedan tener hijos?
62. ¿Por qué crees que otros hombres que deciden no tener hijos no buscan realizarse una vasectomía?

Derechos sexuales y reproductivos

63. ¿Conoces cuáles son los derechos sexuales y reproductivos?
64. ¿Cuál de estos derechos protegería tu decisión de no tener hijos/as?
65. ¿Consideras que los derechos sexuales y reproductivos representan las necesidades de las personas que deciden no tener hijos/as?

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

Fecha:

Mi nombre es Gabriela Pineda Hernández. Soy estudiante de doctorado del Posgrado en Antropología del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Ciudad de México, y realizo la investigación sobre la trayectoria de atención de mujeres y hombres sin hijos que solicitan una anticoncepción quirúrgica voluntaria”.

Has sido invitado/a a participar en esta investigación ya que eres de nacionalidad mexicana, mayor de edad, y cumples alguna de las siguientes afirmaciones:

1. No tienes hijos, tu solicitud de anticoncepción quirúrgica o esterilización voluntaria fue aceptada, por lo que te practicaron dicho procedimiento.
2. No tienes hijos, tu solicitud de anticoncepción quirúrgica o esterilización voluntaria, no fue aceptada, por lo que te negaron dicho procedimiento.

Los riesgos de participar en este proyecto son mínimos ya que sólo consiste en la realización de una entrevista de 120 minutos aproximadamente; el audio será grabado en formato digital. Tu privacidad y el audio completo de la entrevista son estrictamente confidenciales.

Es importante que sepas que se incluirán fragmentos por escrito de la entrevista en el reporte final de la investigación; por ninguna circunstancia se incluirá tu nombre o características que permitan identificarte.

Uno de los beneficios de participar en esta investigación es presentar datos precisos sobre la experiencia de las mujeres y hombres que deciden no tener hijos y solicitan una anticoncepción quirúrgica o esterilización voluntaria, mostrando sus diferentes características, motivaciones y, sobre todo, la atención que reciben por parte de los prestadores de servicios médicos.

Agradezco tu interés y disposición para participar voluntariamente en esta investigación. Antes de comenzar te informo que:

- Eres libre de negarte a responder cualquier pregunta durante la entrevista.
- Eres libre de terminar la entrevista en cualquier momento.

Recibirás una copia de este formato, y si lo deseas, de la entrevista también.

Yo _____, accedo voluntariamente a ser entrevistado(a) para participar en la investigación descrita antes y doy mi entrevista en el reporte final de la investigación.

Firma del/ la participante

Anexo 4. Guía para entrevista en profundidad para prestadores de servicios médicos (medicina general, ginecología, urología)

Datos identificación

Especialidad.

Tipo de institución en la que presta sus servicios.

Tiempo que lleva prestando sus servicios.

Perfil de la población usuaria

1. Características socioeconómicas y educativas de las personas que acuden al servicio.
2. Características de la llegada al servicio (derivados de otros servicios, recomendados por otros profesionales, instituciones, amigos, familiares, por iniciativa propia).
3. Descripción general de los motivos de consulta.

Provisión de métodos anticonceptivos

4. Número de consultas para la selección y/o revisión de métodos anticonceptivos.
5. ¿Qué información debe considerarse para identificar el mejor método anticonceptivo para el usuario/a?
6. ¿Cuál es el método anticonceptivo que mayormente recomiendan los profesionales médicos a las mujeres / hombres?
7. ¿Cuál es el método anticonceptivo más solicitado por las mujeres / hombres?
8. ¿Cuáles serían los obstáculos para un mayor acceso a métodos anticonceptivos en nuestro país?

Métodos anticonceptivos permanentes

9. ¿Qué tipo de pacientes son los que solicitan un método anticonceptivo permanente?
10. ¿Cuáles son las indicaciones y contraindicaciones para acceder al método anticonceptivo permanente?
11. ¿A qué se le llama paternidad satisfecha?
12. ¿Existe alguna normatividad o guía a que indique el número de hijos que una mujer / hombre debe tener para ser candidata/o a una OTB / vasectomía?
13. ¿Las mujeres/hombres sin hijos/as pueden acceder a la OTB / vasectomía?
14. ¿Qué tan frecuente es que las mujeres / hombres lleguen a arrepentirse de elegir un método anticonceptivo permanente?
15. ¿Cuál es la importancia de un consentimiento informado para estos casos?
16. ¿Considera que en los centros de salud o establecimientos médicos existe suficiente información para los usuarios sobre los métodos anticonceptivos permanentes?
17. ¿Qué mejoraría de la información que actualmente se proporciona a los usuarios sobre los métodos anticonceptivos permanentes?
18. ¿Considera necesario que los prestadores de servicios médicos obtengan algún tipo de capacitación o sensibilización para atender a mujeres y hombres sin hijos/as que buscan métodos anticonceptivos permanentes?