

Recuperando las vivencias de dos mujeres y sus parejas que ejercieron su derecho a decidir en la Ciudad de México

Retrieving the experiences from two women and their partners who exercised their right to decide in Mexico City

*Georgina López Hernández*¹

Resumen

En el presente trabajo exploramos las vivencias de mujeres y sus parejas que acudieron a una organización civil (ONG) para solicitar los servicios de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal, México. Se analizan las vivencias de nuestras entrevistadas, tomando en cuenta su escenario sociocultural, sus relaciones interpersonales, si ellas son capaces de tener una autonomía decisoria en diferentes aspectos de su vida y si en la organización civil ellas se sienten protagonistas de su atención, y si esto es diferente respecto de otras experiencias.

Palabras clave: derechos sexuales y reproductivos – subjetividad - interrupción del embarazo - autonomía - proyecto de vida.

Abstract

We explore the experiences of two women and their couples who went to nonprofit organization (NGO) to legally interrupt their pregnancies in Mexico City, Mexico. We analyze how they go through taking in count their sociocultural situation, interpersonal relations, autonomy and if in this NGO their experience was different from previous ones.

Key words: reproductive and sexual rights – subjectivity - termination of pregnancy – autonomy - life project.

¹ Licenciada en Ciencias Políticas, Maestra, Estudios de Género y Procesos Políticos, El Colegio de México. Docente en el Programa de Políticas Públicas y Género en FLACSO - México.

Este artículo es parte de un estudio cualitativo que se realizó durante 2008 y 2009 en una Organización No Gubernamental (ONG) en el Distrito Federal que presta actualmente servicios de salud sexual y reproductiva. Se entrevistaron en total a 18 personas aunque en este escrito retomamos las experiencias de dos mujeres y sus parejas² en torno a la toma de decisión de interrumpir legalmente su embarazo. Las entrevistas se realizaron en distintos escenarios de la organización (consultorios, salas de orientación y salas de recuperación). Durante la realización de las entrevistas se solicitó el consentimiento informado de las participantes para grabar la conversación, asegurándoles que en cualquier momento la grabadora podía ser apagada.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas en su totalidad y sistematizadas mediante el software Atlas/Ti. Para la codificación de las entrevistas se buscó fragmentar el material según los temas identificados como claves en la guía de entrevista: roles y normas de género, sexualidad y reproducción (anticoncepción, embarazo y toma de decisión de la interrupción del embarazo), así como otros códigos que fueron emergiendo en las lecturas de las entrevistas.

En el presente escrito dirigimos nuestra mirada a las vivencias de dos mujeres y sus parejas que acudieron a una organización no gubernamental para solicitar los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México³. La estructura que seguiremos es la siguiente: en primer lugar, precisamos la mirada teórica desde la cual fundamentamos el análisis de los testimonios y las experiencias de nuestros sujetos de investigación. Cabe mencionar que decidimos analizar las vivencias de manera individual, ya que cada una encierra un mundo diferente y queremos darle voz e importancia a cada una. En la segunda parte, analizamos las vivencias de nuestras entrevistadas y sus parejas, tomando en cuenta cuatro dimensiones: 1) Su escenario sociocultural, 2) Sus relaciones interpersonales, 3) Si ella es capaz de tener autonomía decisoria en diferentes aspectos de su vida y 4) Si en la organización civil ella se siente protagonista de su atención, y si eso es diferente respecto de otras experiencias. Y finalmente, en la última parte, presentamos las conclusiones.

Nuestro punto de partida reconoce a las mujeres como sujetos con la capacidad y la autonomía de decidir lo que es mejor para su vida y pone especial atención en el *sentido de la acción*, donde ellas son sujetos *con derecho a tener derechos*. Para nosotros, estas mujeres son *agentes sociales activos* capaces de tener una posición diferente respecto de la ideología y los valores morales dominantes, a pesar de estar insertas en un contexto social, cultural e ideológico que condiciona y moldea sus comportamientos individuales. Consideramos que estas capacidades están relacionadas con las características sociales, culturales y de constitución del yo *-self-*, pero también, estos comportamientos individuales están condicionados por la estructura, las normas y los discursos médicos, institucionales, religiosos, morales y de género (Erвити, 2005).

² A cada entrevistada(o) se le asignó un nombre ficticio para proteger su identidad. En este artículo solo se hace referencia a las entrevistas hechas a dos mujeres y sus parejas.

³ En 2007 se aprobó la despenalización del aborto en la Ciudad de México hasta las 12 semanas de gestación.

En ese sentido, nuestro enfoque no ve a las mujeres y las parejas desde el lente de la medicina hegemónica que por mecanismos de control social y estigma, sancionan a las mujeres que interrumpen sus embarazos como “desviadas sociales” o “transgresoras” a las normas sociales. Tampoco concebimos el cuerpo de estas mujeres como cuerpos meramente biológicos y pasivos de una invasión o de un ejercicio sobre el cual no es necesaria su autorización o su consentimiento (Oliveira y Amaral, 1999). Partimos del paradigma de los derechos sexuales y reproductivos que hacen referencia a los derechos de las personas a decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. Así, en este estudio, el cuerpo es la primera y única posesión ciudadana real, de manera que todas las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción deben tomarse con total autonomía.

Los resultados de nuestro estudio no parten de entes abstractos, sino de mujeres y varones concretos “de carne y hueso”, con toda su singularidad y su subjetividad propia. Partimos del hecho de que la interpretación subjetiva de la experiencia tiene un contenido humano repleto de interpretaciones de la realidad, basadas en un conjunto de experiencias preexistentes de ella. Así, la realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo que se comparte con los otros. Al respecto, nosotros comprendemos el concepto de la subjetividad como

“La particular concepción del mundo y de la vida del sujeto, se constituye por el conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, físicas, intelectuales, afectivas y eróticas. Se estructura desde el lugar que el sujeto ocupa en la sociedad y se organiza en torno a formas específicas de percibir, sentir, racionalizar, abstraer y accionar sobre la realidad. Los comportamientos, actitudes y las acciones del sujeto son la expresión de su subjetividad, como ser social, en el marco histórico de su cultura y, por tanto, esta es la elaboración que hace el sujeto de su experiencia vital” (Lagarde, 1997: 302).

La subjetividad de las mujeres y los varones estudiados tiene una particular e individual concepción del mundo, de la vida, los sueños y los deseos que cada uno elabora con base en su condición genérica, su contexto sociocultural y su propia visión del mundo. La concepción del mundo, el acceso a discursos y las fuentes de la experiencia están determinadas por la condición social de los sujetos, la clase, el género, la edad, la nacionalidad, el grado y nivel de escolaridad, la posición en el hogar, roles en la familia, la autonomía económica y las redes sociales a las que tienen acceso. Todos estos elementos se combinan de manera particular y determinan la relación entre el sujeto y su concepción del mundo (Lagarde, 1997). El punto de vista de las mujeres y sus parejas, la construcción de los significados, las vivencias y sus diferentes percepciones, se analizan en este escrito a partir de la especificidad y la particularidad de los condicionantes sociales, culturales y de género. De tal manera, mostraremos las formas particulares de tomar la decisión de interrumpir un embarazo no deseado en un momento determinado. Al examinarlas, analizaremos si las posibilidades de acción respecto de los derechos se basan en el proceso de constitución del sujeto, esto es, en el *autorreconocimiento de la existencia personal*. Y si es posible hablar de una apropiación del cuerpo como un terreno de soberanía individual y de la construcción de una voz como la expresión de “autorizarse a sí mismas” (Rivas, Amuchástegui y Ortiz-Ortega, 1999).

Nosotros enfatizamos que la ciudadanía cobra expresión cuando las mujeres podemos ejercer nuestros derechos y cuando tenemos la capacidad decidir sobre nuestro cuerpo, ya que generalmente las diferencias sexuales se tejen con las desigualdades sociales. Silliman (1997) considera que, en la *noción de derechos sexuales*, es necesario concebirlos tomando en cuenta las diferencias de clase, etnia, raza, poder y acceso a los recursos. En ese tenor, la inclusión de la dimensión económica puede verse como una de las formas más claras para restablecer las conexiones entre necesidades y derechos que derivan los individuos de su ubicación social, económica y política (Ortiz-Ortega *et al.*, 2008). O en palabras de Mouffe (2001), es un acto imprescindible construir una ciudadanía femenina que permita el acceso a servicios de salud que no reproduzcan desigualdades sociales y genéricas. Una vez hechas las precisiones teóricas que guían nuestro análisis, nos adentraremos en: a) comprender si cuando estas mujeres llegan a esta organización civil, ya han sido capaces de tomar una decisión (de interrumpir o no su embarazo), y si esa decisión es autónoma; y b) vislumbrar si en la organización se sienten o no protagonistas durante su proceso de atención; y c) explorar si estos servicios de atención son diferentes de manera positiva con respecto de otras experiencias previas.

DÁNDOLE VOZ A MUJERES CONCRETAS “DE CARNE Y HUESO”

Partimos del hecho de que *“los individuos no son meros actores de las normas prescritas culturalmente. También contribuyen a la construcción de esas normas y prescripciones, adaptando y moldeando los escenarios culturales a partir de su experiencia, para conformar pautas de conducta adecuadas a contextos y situaciones específicas”* (Szasz, 2001: 19). La práctica de la interrupción voluntaria del embarazo se inserta en la organización genérica de la sociedad en un contexto específico, en el que existen numerosas variantes de acuerdo al país, la región, la ciudad, la edad, la clase social, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral y la tradición cultural. Todos estos elementos se conjugan y producen una amplia heterogeneidad en las formas de vivir y asumir la interrupción del embarazo desde la subjetividad femenina individual. Siguiendo esta línea de pensamientos, de acuerdo con Lagarde (2003), la interrupción voluntaria del embarazo transita por la *experiencia personal de las mujeres*, esto significa que su contenido no es universal. Para mostrar esta heterogeneidad de vivencias, en los siguientes apartados mostraremos las experiencias de dos mujeres y sus parejas, cada una en mundos, condiciones socioeconómicas y subjetivas diferentes.

Las mujeres que participaron en el estudio son capitalinas, estudiantes, solteras, viven con sus padres y sus edades van de los 19 a los 21 años. En el análisis de sus vivencias tenemos indicios de que cada una de ellas cuenta con diferentes grados de autonomía, así, *“en el caso de la maternidad, la autonomía se define como la posibilidad de elegir cómo, cuándo y con quién tener un hijo. Y se pueda saber, qué se quiere para su vida y cómo lograrlo, se sienta con derecho a decir no, a incidir en su realidad y lograr sus proyectos”* (Fernández y Tajer, 2006:36). Creemos que escuchar las voces de las mujeres es aclarar y conocer la profundidad de los sentimientos inmersos en estas vivencias. Cada una de estas historias son construcciones elaboradas por medio de fragmentos

de las narrativas de nuestras entrevistadas en la organización civil que amablemente nos abrió sus puertas. En tanto, no hay mejor manera de entender sus razones que escuchando sus experiencias, ya que *“el relato de cada mujer es único y sirve para ilustrar la diversidad de circunstancias que las llevan a poner fin a un embarazo”* (Faúndes y Barzelatto, 2005:29). Veamos con más detalle cada caso, y de acuerdo con Llovet y Ramos (2008), tratemos de encontrar la lógica individual y el motor que guía el proceso de decisiones para buscar los servicios de interrupción legal del embarazo en la organización no gubernamental estudiada.

Renata y José, “Nosotros estábamos decididos a hacerlo”

Como mencionamos anteriormente, en el análisis de las vivencias de las mujeres, tomamos en cuenta los siguientes aspectos: 1. Su escenario sociocultural, 2. Sus relaciones interpersonales, 3. Si ella es capaz de tener autonomía decisoria en diferentes aspectos de su vida y 4. Si en la organización civil ella se siente protagonista de su atención, y si eso es diferente respecto de otras experiencias.

En la vivencia de Renata⁴ y su pareja tomamos en cuenta el contexto sociocultural en el que habitan. La delegación Benito Juárez cuenta con 355.017 habitantes y está ubicada al sur del Distrito Federal, México. La delegación está encabezada por el Partido Acción Nacional⁵. En base al Índice de Desarrollo Humano estimado por el PNUD (2009), esta delegación ocupa la primera posición (0,9510) a nivel municipal y nacional, y cuenta con índices de desarrollo humano comparables con países como Alemania, Italia y España.

En cuanto al Índice de potenciación de Género (2009), la delegación Benito Juárez ocupa el primer lugar a nivel nacional con 0,9503. Cabe decir que de acuerdo con INEGI (2008), esta entidad obtuvo el primer lugar de ingresos per cápita del país (US\$ 32.244). Además, por su localización céntrica, esta delegación es el cruce de caminos entre las diversas zonas de la ciudad y cuenta con abundantes vías de comunicación. Tiene una importante actividad comercial, así como el mayor asentamiento de centros comerciales de México. Lo anterior explica que esta delegación está habitada en su mayoría por personas de estratos socioeconómicos medios y medio-altos.

En este contexto de clase media-alta viven Renata y José. Renata tiene 18 años, es estudiante en una preparatoria privada y vive con su madre y su hermana mayor. José tiene 19 años, vive con su madre y está a punto de terminar la preparatoria. Ambos dependen económicamente de su familia y viven en una situación desahogada económicamente. Aunque los dos viven en el hogar materno, tienen una relativa independencia, especialmente en lo referente a sus relaciones personales y actividades de ocio y esparcimiento. Renata tiene un proyecto de vida basado en su desarrollo personal. Ella desea estudiar en la universidad y convertirse en una profesionista exitosa. Renata

⁴ A cada entrevistada(o) se le asignó un nombre ficticio para proteger su identidad.

⁵ Partido de corte conservador.

tiene un *self* estructurado, pero a pesar de contar con suficientes recursos materiales y con relaciones sociales, en el caso de que hubiera deseado continuar el embarazo, no hubiera podido mantener su estilo de vida por cuenta propia ni tampoco apegarse al *deber ser* marcado para una joven de clase media-alta.

Renata y José⁶ se conocieron en la preparatoria y tienen una relación de pareja “de un año o dos”. Ellos sospechaban que había la posibilidad de un embarazo y decidieron hacer la prueba juntos. La noticia le resultó sorpresiva a Renata, y durante la entrevista ella mencionó “me siento *muy mal, muy triste*... y pensé: *¿Y ahora qué vamos a hacer?*”. Por su parte, José expresó: “*me preocupé mucho* y lo primero que hice fue llamar a mi primo que *es médico*” (EP1)⁷. Posiblemente, José piensa en su familiar porque él es joven, y supone que puede tener mayor empatía y comprensión de su parte. Efectivamente, su primo le informa acerca de los métodos que existen para interrumpir el embarazo y cuáles eran los posibles riesgos, pero “*esa es toda la ayuda que le presta porque él no se dedica a eso*” (EP1).

Durante la entrevista se observó que existían indicios de que el estrés generado por esta situación, tuvo el efecto de movilizar el apoyo social y los lazos familiares de José para solicitar información y orientación médica de qué hacer en su caso. De acuerdo con la literatura, los médicos se sienten más identificados con las personas que comparten su estilo de vida, su clase social y su visión del mundo. En la búsqueda de apoyo social, es importante tomar en cuenta el género, la clase y la edad. Es relevante que se trata de un hombre pidiendo la ayuda de otro hombre, de clases sociales similares y ambos jóvenes. Un elemento importante a resaltar es que él es quien decide pedir “ayuda” mientras que Renata toma una *actitud pasiva*. Consideramos que la existencia de este evento estresante puede interpretarse para algunas personas como una situación que no les es posible afrontar, lo que refuerza sentimientos de inadecuación y falta de control que pueden inhibir la búsqueda de ayuda (Ervti, 2005). En esta pareja, el estrés por esta situación tuvo un doble efecto, a José lo impulsó a solicitar apoyo social, y a Renata a inhibir la búsqueda de ayuda y dejar casi todo en las manos de José. Él continuó buscando apoyo en su red social y acudió con un amigo “que *tuvo el mismo problema* y que había estado con su novia”. Él le dijo que “*el lugar estaba muy bien, y que en su caso todo salió bien y rápido*” (EP1).

La decisión de la interrupción del embarazo fue tomada en pareja, de modo que se compartieron riesgos, y Renata tuvo una actitud solidaria por parte de José a lo largo del proceso. Para él, este evento le resultó estresante: “*primero me preocupé mucho pero empezamos a investigar y a preguntar... y cuando encontramos este lugar, los dos nos sentimos mucho más tranquilos*” (EP1). Los dos “*se sienten seguros* de lo que *quieren hacer*, porque *estaban decididos a hacerlo*. Renata *está decidida* y se siente tranquila porque desde que se enteraron del embarazo “*decidido estaba de lo que íbamos a hacer pero no de qué manera y cuándo y cómo...*” (EP1).

⁶ A cada entrevistada(o) se le asignó un nombre ficticio para proteger su identidad.

⁷ Las siglas hacen referencia a Entrevista a Profundidad Número 1 (EP1).

Las razones de Renata y José para interrumpir el embarazo son que ambos viven con su madre, “además ahorita *en la sociedad no se ve bien tener un hijo tan joven y menos sin tener una carrera o un trabajo*” (EP1). Hay indicios que para esta joven pareja de clase media-alta, su mayor preocupación en torno a este embarazo inesperado reside en las expectativas materiales de lo que “*debe de tener*” un hijo, frente a la imposibilidad de poder ofrecerle estabilidad económica, al no contar con una vivienda propia ni con los medios para hacer frente a esta situación. Por otra parte, no podemos olvidar que las expectativas de maternidad y el proyecto de vida de Renata están mediados por su contexto socioeconómico, su sistema familiar y la institución escolar a la que asiste. Existen fuertes relaciones entre el origen social, el sexo del individuo y su educación. En los “*distintos contextos familiares y sociales surgen proyectos de vida en los que están presentes las imágenes de género en torno de la sexualidad, la familia y el rol de la mujer*” (Climent, 2003:81).

Suponemos que tanto Renata como José tratan de adecuarse a las expectativas marcadas por su clase. Entre algunas personas de clase media-alta “*no se ve bien tener un hijo tan joven*” (EP1), porque en general se espera que las chicas continúen con su educación para que puedan trabajar y tener una vida independiente. En este contexto, “*el hecho de que una mujer no haya evitado el embarazo supone un fracaso en el discurso dominante, tanto si la mujer continua con el embarazo como si se provoca la interrupción*” (Erviti, 2005:358). El fracaso implica para su círculo familiar y social la frustración de ciertas expectativas y romper con los anhelos que se tenían acerca de la propia vida. De tal manera, el embarazo a temprana edad es visto como un “fracaso” no solo individual sino también social, porque puede excluir a las jóvenes de la educación superior y del mercado laboral bien remunerado. Esta percepción de “haber tropezado” acarrea la vivencia de un embarazo estigmatizado socialmente en ciertos sectores⁸ para las jóvenes y “la falla” de los padres en la educación de los hijos. Pero de nuevo, estas son ideas que funcionan como mecanismos de control social que sancionan simbólicamente a quienes “fallan” con su clase y no cumplen con las expectativas de su entorno.

Renata refirió durante la entrevista: “*tenía miedo porque hace como un año mi hermana también abortó, pero ella me dijo que no quería hacerlo...*” (EP1). En su círculo familiar, “*mi mamá sabe lo que pasó con mi hermana y no hubo problema, al contrario, mi mamá le dijo que la apoyaba*” (EP1). En su caso, Renata resolvió “*no decirle porque quería evitar lo que mi mamá pudiera sentir y no quería que ella se sintiera defraudada o engañada*” (EP1). El proceso de comunicación del problema y la solicitud de apoyo suponía una fuente de angustia, en especial cuando Renata debía de “*enfrentar el proceso con la persona con quien durante la adolescencia estaban negociando la confianza de sus comportamientos y acciones, su independencia moral y social*” (Erviti, 2005:359).

En cuanto a las experiencias de atención de esta pareja, “*la primera vez que llegué [a la clínica] me atendieron súper bien porque la doctora fue muy amable y me revisó,*

⁸ A diferencia, por ejemplo de ciertas áreas rurales, en donde las jóvenes forman parejas a una edad temprana y son madres, y esto es valorado socialmente en su entorno.

todo estuvo muy bien" (EP1). Hay indicios que apuntan a que a Renata le pareció adecuada la atención y la doctora la atendió con respeto. La consultante se sintió cómoda porque no vivió expresiones de condena, maltrato o regaños en ningún momento⁹. En este espacio, de acuerdo con las mujeres y las parejas, se les considera sujetos con derechos y, por tanto, este espacio les ofrece un *trato digno como las mujeres merecemos*. Renata mencionó: "*estoy decidida* y me siento tranquila y afortunada de estar aquí [en la organización] en vez de estar en otro lugar. Yo sé que tengo *los recursos para poder hacerlo*, y eso es algo que *valora*" (EP1).

Presumimos que este espacio le brinda tranquilidad a Renata, porque su salud no está en riesgo y es tratada de manera respetuosa. Sin embargo, ella estaba muy preocupada por el dolor físico que "*podiera sentir* durante el procedimiento" (EP1)¹⁰. A petición expresa de Renata, la sesión de orientación se enfocó en la selección de un método anticonceptivo, ya que en esos momentos ella "*no quería saber* lo que le iban a hacer" (EP1). En ese sentido, en la organización se respetó su petición de "no saber" la forma en la que se realizaría el procedimiento, pero sí se le dieron las indicaciones de los cuidados posteriores y de la necesidad de acudir a una cita 15 días después. En este caso, tenemos indicios de que los prestadores de servicios fueron sensibles y respetaron las decisiones de Renata, porque nadie mejor que ella sabía lo que necesitaba.

Cuando le preguntamos a Renata acerca de otras experiencias que le permitieran comparar los servicios que ofrece la organización, ella nos hizo alusión a la difícil experiencia de su hermana mayor, 8 meses atrás¹¹. Renata cuenta que en el lugar donde acudió su hermana, al terminar el legrado las enfermeras le dijeron: "*¡ay!... era niño*". "Y llorando, y mi hermana le pidió a la enfermera que le *tomara de la mano* y ella le contestó: *no... tú te metiste en esto sola*" (EP1). Posiblemente, la experiencia de su hermana mayor influyó en la decisión de Renata de "*no querer saber ni sentir nada*" (EP1). Sostenemos esto, porque fuimos testigos de que el procedimiento en sí y el posible dolor físico le generaba una alta ansiedad a esta joven. Sin duda, ella quedó muy impresionada por las actitudes de las enfermeras que atendieron a su hermana.

Esta dura experiencia nos hace reflexionar que a pesar de la despenalización en el Distrito Federal, en la atención que se da a las mujeres en algunos espacios privados, ellas continúan siendo maltratadas y estigmatizadas por haber tomado esta decisión. En ese sentido, algunos prestadores de servicios culpabilizan a las mujeres como una forma de ejercicio de control social, expresado en frases como: "*no... tú te metiste en esto sola*" (EP1). Basado en lo anterior, podemos entrever que en una lógica hegemónica de género, la reproducción es solamente responsabilidad de las mujeres porque ellas "*se meten solas*" en ese problema, dejando de lado que los varones también juegan un

⁹ Afirmamos esto, porque la investigadora estuvo presente durante el proceso de atención.

¹⁰ Renata estaba muy ansiosa porque su embarazo era de 11 semanas. Ella tenía mucho miedo de poder sentir dolor durante el procedimiento de AMEU. Por esta razón, ella le pidió a la Dra. Ana Cárdenas (nombre ficticio) que la anestesia fuera general y no local.

¹¹ La entrevista la realizamos en el mes de marzo de 2009, por lo que calculamos que esta experiencia que vivió la hermana de Renata, sucedió aproximadamente en mayo de 2008.

papel importante en un embarazo no deseado. Por otra parte, se podría hipotetizar respecto de la frase “*¡ay!... era niño*” (EP1), como una expresión de un imaginario de género en donde hasta las mórulas son “niños” y los fetos varones tienen simbólicamente un mayor valor que los fetos femeninos.

Finalmente, algunas mujeres atendidas en espacios hostiles son vistas como “desviadas sociales” o “transgresoras” por abortar. Consideramos que el maltrato que desafortunadamente viven algunas mujeres en estas circunstancias, tiene consecuencias importantes no solo en su salud física, sino también en su salud psicológica y emocional. No podemos pasar por alto que el daño emocional que se les produce a las mujeres en ciertos espacios, muestra que los efectos tóxicos de esta experiencia van más allá de una sola vivencia e impacta también a otras personas cercanas y, posiblemente, aumenta sus temores imaginarios. Pensamos que una diferencia fundamental de los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece esta organización civil respecto de otros, es que en todo momento se considera a la mujer como un ser autónomo y con capacidad de decisión. Este marco da pie a que estos profesionales de la salud respeten a las consultantes como sujetos con el *derecho a tener derechos*, subvirtiendo entre ambos un orden de género. Finalmente, Renata: “me siento *afortunada de estar aquí*, en vez de estar en otro lugar. Y eso es algo que *valora* porque aquí *nadie la molesta*” (EP1). Y sin duda, esta es una diferencia importante.

A continuación exploraremos los relatos de vida centrados en la experiencia de Lorena e Ismael.

Lorena e Ismael, “*Yo nunca dudé, yo sabía lo que quería*”

En la vivencia de Lorena e Ismael¹², tomamos en cuenta las cinco dimensiones de análisis anteriores debido a que estos elementos nos permiten explorar con mayor profundidad la vivencia de estos jóvenes. La delegación Iztapalapa está ubicada al este del Distrito Federal, México, y cuenta con una población de 1.815.786 habitantes. Actualmente su delegado es del Partido de la Revolución Democrática¹³. La mayor parte de la población es de clase media-baja y baja con contados sectores de clase media y media-alta. La zona de mayor marginación de la delegación se encuentra en las faldas de la sierra de Santa Catarina, mientras que la zona que colinda con la delegación Benito Juárez es la menos conflictiva.

De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano municipal dado a conocer por el PNUD (2009), la delegación Iztapalapa está en el penúltimo lugar (0,8464) de las 16 delegaciones que componen a la Ciudad de México. En cuanto al Índice de potenciación de Género, ocupa la catorceava posición (0,8431) de 16 puestos.

¹² A cada entrevistada(o) se le asignó un nombre ficticio para proteger su identidad.

¹³ Partido de Izquierda.

En este contexto de clase media-baja viven Lorena e Ismael. Lorena tiene 20 años, vive con su madre y sus hermanas, es estudiante universitaria en una institución pública y trabaja en un banco de medio tiempo. Ismael tiene 22 años, desertó de la universidad y actualmente trabaja en una empresa de transportes como conductor de un tráiler. Lorena trabaja fuera del hogar porque la situación económica que se vive en su familia es difícil y ella tiene que buscar los medios para poder seguir estudiando y apoyar económicamente a sus hermanos.

El empleo de Lorena le permite aportar ingresos a su familia, colocándola en una situación de mayor poder de negociación y de autonomía. Ella cuenta con un *self* estructurado derivado de asistir a la universidad, trabajar y contar con ingresos propios que le dan la posibilidad de mantener una vida mucho más autónoma respecto de sus hermanos, defender determinadas actitudes y comportamientos, y crearse una identidad propia.

La relación de pareja de Lorena e Ismael es estable y “ya tenemos juntos más de dos años...” (EP2)¹⁴. Incluso “nosotros ya habíamos dicho que *nos queríamos casar desde antes de que pasara todo eso...*” (EP2). En la reproducción de las identidades genéricas en esta pareja, Ismael asume “la responsabilidad” por las consecuencias reproductivas de las relaciones sexuales con la mujer que cumple con sus ideales de género (Núñez, 2007). Además, establece el interés en el matrimonio como una muestra de sus “buenas intenciones”. Ismael reproduce su identidad de género como “padre-esposo” y está dispuesto a trabajar para “mantener a su familia”. Esto sería posible porque al tener un trabajo e independencia económica, considera que “puedo mantener [a Lorena y a mi hijo] porque me va bien en *mi trabajo* y podemos ver *lo de la casa...*” (EP2). De acuerdo con Núñez (2007), los espacios del trabajo y de la sexualidad están complejamente vinculados. El ser hombre, en ciertos contextos, significa ser un *buen trabajador remunerado*. El trabajo confiere adultez y hace que los demás varones lo consideren como sujetos con derechos y deberes. En ese sentido, las masculinidades se construyen a partir de la apropiación de la sexualidad de la mujer, así “*el trabajo del proveedor varón representa la posibilidad de ser querido, de ser deseado, de ganarse el derecho a la atención sexual. Tal atención aparece como un retribución de la hombría capaz de mantener y procrear*” (Núñez, 2007:23).

Ismael considera al respecto “soy lo suficientemente hombre para enfrentar las *consecuencias de lo que hice*” (EP2), ya que es capaz de mantener e incluso de procrear con Lorena. La subjetividad de Ismael parece encontrar discordancias con la subjetividad de Lorena, a raíz de que ella le dijo que no deseaba continuar con el embarazo. Ismael menciona “me siento *muy mal* porque *sí tenía muchas ganas de tenerlo*. La verdad me genera *tristeza...* me siento *impotente...* Y por esto los dos tuvimos *muchas peleas...*” (EP2)¹⁵. A Ismael le resulta doloroso y difícil de soportar que Lorena no quiera

¹⁴ Las siglas hacen referencia a Entrevista a Profundidad número 2 (EP2).

¹⁵ Pudimos conocer con mayor profundidad lo que Ismael pensaba gracias a que tuvimos unos minutos en los que pudimos conversar sin la presencia de Lorena. Cabe resaltar que frente a ella él no quiso mostrar su descontento y tenía más bien una actitud solidaria.

continuar con la gestación, él se siente impotente porque no puede tener un hijo sin el consentimiento de ella. Por otra parte, presumimos que Lorena en su identidad genérica y su subjetividad, tiene un desfase entre el vivir para otros y el vivir para sí misma. Este conflicto interno lo podemos identificar porque Renata menciona “puedo ser *egoísta* porque *sólo pienso en mí...* mi pareja sí lo quería tener... pero *yo no quiero*” (EP2). Al respecto, no consideramos que Lorena sea egoísta. La idea de egoísmo tiene su fundamento en la lógica patriarcal que les impide a las mujeres tomar sus propias decisiones y apropiarse de su cuerpo. En el patriarcado, se coloca al “otro” como lo importante y a las mujeres como servidoras de la maternidad porque “es lo natural” y lo que socialmente les corresponde.

Lorena, desde una *autonomía* decisoria, dice: “no”, a los deseos de su pareja y lo que le marca su contexto. En ese sentido, “*el primer no de las mujeres a los otros, es el primer sí de cada mujer a sí misma*” (Lagarde, 2003:59). Así, la interrupción voluntaria del embarazo es un tema que nos corresponde primeramente a las mujeres porque nosotras somos las únicas que podemos decidir sobre nuestros cuerpos. Consideramos que Lorena tiene un *self* estructurado y una *autonomía* que le permite tomar decisiones sobre su vida aun frente al desacuerdo de su pareja. Sugerimos que los derechos sexuales y los derechos reproductivos fijan la atención en los sujetos, y toman en cuenta que el cuerpo es la primera y única posesión ciudadana real.

Lorena e Ismael se ubican en posiciones diferentes frente al embarazo y la maternidad, ya que para ella es una opción y para él es casi un deber. De acuerdo con Amuchástegui (2007), la sexualidad y la reproducción no comparten el mismo significado en la cultura general, ni tampoco significan lo mismo para los hombres y las mujeres. En este marco, a pesar de que ambos desean cosas diferentes, ellos logran llegar a un acuerdo: “se hará lo que *ella quiera*” (EP2) y “Yo la va a *apoyar...* porque al final yo *respeto la decisión que ella tomó*” (EP2). Aunque, “*no estoy contento con la decisión que ella tomó...* porque a mí... las razones que le da Lorena *no me convencen...* pero bueno, yo le dije que la iba a *apoyar...* y *así va a ser*” (EP2). El hecho de que Ismael dejara la decisión final a Lorena, puede entenderse como un reconocimiento de que ella era la protagonista en el proceso y quien lo iba a vivir en su propio cuerpo, aunque también implicaba el traspaso de la responsabilidad final a la mujer (Ervti, 2005). Estas negociaciones en torno a la reproducción también nos dejan ver algunos cambios en la participación de los varones en este proceso. Por una parte, a pesar de que encontramos indicios de que Ismael en su contexto se apega en su identidad de género a una construcción y expresión de hombría tradicional –de hombre proveedor quien desea procrear–, él a regañadientes acepta que quien tiene la última palabra es Lorena, y en ese sentido, “Yo le dije que la *iba a apoyar, y así va a ser*” (EP2).

A pesar de las nuevas posibilidades que permite la despenalización, esta pareja sigue un camino muy similar al que otras mujeres y parejas recorrieron cuando esta práctica era restringida. Ambos recurrieron a sus redes de apoyo para preguntarles qué podían hacer al respecto. Lorena pide ayuda a una amiga “que me había contado que *ella se las había tomado* [pastillas de misoprostol] y que *le habían funcionado*”

(EP2). Por su parte, Ismael “fui con mi primo que me dijo que *le habían funcionado a su chava*” (EP2). En este caso, el uso y la autoadministración del misoprostol permite tener la interrupción del embarazo de manera no quirúrgica. Pensamos que esta es una posibilidad para aminorar la inaccesibilidad a los servicios de la interrupción del embarazo y el impacto de los mecanismos de control social sobre las mujeres.

El uso del misoprostol es conocido entre algunos jóvenes en México, sin embargo, la automedicación sin vigilancia médica deriva a que, en ocasiones, su uso y dosis no sean las adecuadas y, por tanto, no tengan los efectos esperados. Este fue el caso que Lorena mencionó: “tomé la dosis que mi amiga me dijo” (EP2), pero al “no funcionar, tomé una segunda dosis *por mi cuenta* tiempo después” (EP2). “La segunda vez que las tomé, yo *estaba segura que sí habían funcionado*, porque tuve un sangrado...” (EP2). “Pasaron *los días y los meses...* y yo me sentía como dudosa... *como que no sé...* Entonces volvimos a hacer otra [prueba de embarazo] y salió como que *ni negativo ni positivo...* entonces fuimos [con un médico] para ver si seguía el embarazo...” (EP2). Al confirmar que la gestación continuaba, Lorena “*no lo podía creer...* la verdad nos confiamos” (EP2).

Ismael recurre de nuevo a sus redes de apoyo y uno de sus primos le da el contacto. Antes de llegar a la organización, Ismael y Lorena “*teníamos mucho miedo...* no queríamos ir a *cualquier lugar...* porque... *se dicen muchas cosas...* te espantan... por lo que fuera a pasar, que no fuera seguro, que *se complicaran las cosas...*” (EP2). Lorena también se sentía muy temerosa pero “*aquí sí nos pudieron ayudar*” (EP2). “*El miedo, que no fuera seguro y que se complicaran las cosas*” (EP2), nos hacen pensar en las condiciones en un contexto restrictivo, donde “*a pesar de los riesgos para la salud y la vida que implica la interrupción del embarazo, del asedio y el chantaje lacerantes, a pesar del miedo, las mujeres recurrían al aborto*” (Lagarde, 2003:41). En ese sentido, presumimos que a pesar de la despenalización, está aún presente el “espantar” a las mujeres y parejas que desean interrumpir su embarazo como parte del funcionamiento de mecanismos de control social y de género por parte de algunos profesionales de la salud.

Cuando Lorena e Ismael llegan a esta organización, “*aquí sí nos pudieron ayudar*” (EP2). El contar con un espacio de orientación para expresar sus necesidades y hacer preguntas, fue una experiencia reconfortante para Lorena. Lorena refiere “*me sentí muy, muy bien...* primero tenía miedo... no sé... de que *me regañaran...* pero pues no... desde el momento en el que te pasan para pesarte, revisarte... *no, te hacen sentir culpable*” (EP2). Los sentimientos de miedo a sentirse juzgada, culpabilizada o regañada, son posibles en un espacio que responde a mecanismos de control social que tratan de calificar a las mujeres que solicitan estos servicios como “desviadas sociales” o “transgresoras” de un orden patriarcal de género. “*En algunos casos, las formas del regaño alcanzan modalidades de un autoritarismo extremo, represivo, solo interpretable en el contexto de la desigualdad de género que caracteriza estos encuentros*” (Castro y Erviti, 2003:257).

La experiencia de Lorena en esta organización está lejos de tal situación. Ella se sintió “*muy, muy bien*. No me hicieron sentir *culpable y me animaron a asimilar* la situación por la que estaba pasando” (EP2). Consideramos que en otros espacios tanto públicos como privados, la culpa es un mecanismo de transferencia de la responsabilidad hacia las mujeres como las únicas responsables de las “consecuencias” de la reproducción en un contexto de opresión de género (Castro y Erviti, 2003). A diferencia de esto, Lorena encontró un espacio donde respetaron su decisión, la escucharon y la “*animaron a asimilar su situación*” (EP2) desde sus propios términos y sus inquietudes. O en palabras del personal de la organización, su trabajo consiste en “construir la posibilidad de que esta experiencia sea *recordable y vivible*” (EP2).

Lorena siempre estuvo segura de su decisión porque ella “sabía que *no lo quería, no lo quería... nada que me dijeran o que escuchara... me hubiera hecho cambiar de opinión*. Yo ya estaba segura y la orientación me sirvió para hacerlo *más llevadero*” (EP2). Ella tuvo la capacidad de defender su decisión desde una posición de *autonomía* sobre su propio cuerpo a pesar de la oposición de su pareja. Ella siempre tuvo la visión clara de que la decisión era suya y, por tanto, le afectaba principalmente a ella y a su vida. Cabe enfatizar que estas actitudes son altamente transgresoras de lo que le marcaba su entorno y muestran su convicción por concretar su proyecto de vida futuro.

Lorena ya había tomado su decisión, porque cuando llegó a la organización “Yo ya estaba *segura, segura*” (EP2). Consideramos que la orientación le fue de utilidad porque “me sirvió para *hacer más llevadera* la experiencia” (EP2) a nivel personal y de pareja. En el marco de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, el respeto a la autodeterminación de Lorena sobre su sexualidad y su reproducción se observó en el actuar de los servicios de orientación, que operaron como el espacio donde ella reafirmó su decisión de interrumpir el embarazo. Tenemos indicios de que durante la orientación existió la posibilidad para la consultante de hablar y ser escuchada en sus propios términos, porque “cuando estás tú con tu pareja y la orientadora... pues si tienes *una duda... a ella se la dices y ya te sientes más tranquila*” (EP2). Los prestadores de servicios escucharon las necesidades de salud sexual y reproductiva de Lorena, y la orientadora Juana Rodríguez¹⁶ creó un espacio de confianza y acompañamiento, en el que la consultante y su pareja pudieran expresar sus dudas y necesidades específicas.

Sugerimos que en los servicios que ofrece esta organización civil es un derecho de las mujeres decidir sobre su propio cuerpo y tener un servicio de orientación que las escuche, basado en la no coerción, el respeto y la responsabilidad. Desde esta postura, suponemos que existe un cambio de coordenadas respecto de la medicina hegemónica en la relación médico-paciente. En esta organización fue posible que Lorena se apropiara de su atención y que ella la dirigiera a sus necesidades que le permitieran “*hacer más llevadera* esta experiencia” (EP2). Cabe señalar que el apoyo por parte del personal médico y las orientadoras le brindó la posibilidad de vivir dignamente esta

¹⁶ A cada entrevistada(o) se le asignó un nombre ficticio para proteger su identidad.

decisión, debido a la ausencia de culpas y de regaños en un ambiente de actitudes sensibles y no impositivas.

En cuanto a las experiencias de Lorena con otros prestadores de servicios que le permitieran comparar la atención que recibió en esta organización, está la difícil vivencia de haber recurrido a un ginecólogo para que le hiciera a Lorena una revisión y saber si el embarazo continuaba o no, tras haberse autoadministrado semanas atrás el misoprostol. Cuando llegaron con este médico, “él antes del ultrasonido nos había dicho que sí habían quedado residuos, pues ya... *solo un legrado... y que ella yo iba a estar bien...* y ya cuando vi el ultrasonido... pues nos dijo que el *producto estaba bien* y que *no le habían hecho nada las pastillas...*” (EP2). Ante el resultado, este médico inicia con su labor para convencer a Lorena que continúe con el embarazo, “porque ya no había *nada que hacer*” (EP2), ya que “*el bebé tenía de 10 a 11 semanas, que todo iba bien y normal*” (EP2). “Ya era muy tarde... ya no era tiempo *para... para... cortar el embarazo...*” (EP2). En el discurso de este médico y su lucha para *convencer* con argumentos no científicos, están presentes: el abuso de *su saber* y el intento de la imposición de *sus ideas* sobre los deseos de Lorena. Tenemos indicios de cómo en este caso concreto se manejaron presupuestos de la medicina hegemónica, relativos a: a) la resignación de las mujeres frente a embarazos no deseados, b) lo que es considerado como “normal” y “*lo que debe ser*”, y c) el manejo del tiempo de gestación. Veamos con más detalle en qué consiste cada una.

Desde una lógica hegemónica de la medicina y desde una visión patriarcal, ante un embarazo no deseado a la mujer solo le resta la resignación “*porque no había nada más que hacer*” (EP2). “Ya *solo nos quedaba esperar...* además... que era *nuestra responsabilidad...*” (EP2). En la visión hegemónica de este médico, Lorena es un *ser pasivo* que no tiene posibilidad de “hacer nada” ante el embarazo no planeado. Es decir, lo que sí podría hacer es continuar con la gestación por encima de sus deseos. Desde esta lógica patriarcal, solo les resta a las mujeres resignación. Por ende, vale más lo gestado que el sentido de la vida y las expectativas de su desarrollo personal. Digamos entonces que en “*el discurso patriarcal se crea una teleología materna, una trascendencia femenina por medio de la maternidad, a la vez superior, esencial y diferente por el simple hecho de ser mujer, por tanto ser madre es mejor que ser mujer*” (Lagarde, 2003:41).

Otro de los presupuestos de la medicina hegemónica que usa este médico para convencer a Lorena de que continúe con la gestación, es que “el producto *está bien* y no le hicieron nada las pastillas” (EP2) y “el bebé estaba *bien y normal*” (EP2). Estas ideas nos permiten reflexionar en torno a lo que es considerado por este médico como parte de la normalidad, ya que podríamos suponer que para él los abortos son “*algo malo*”, por tanto si Lorena quiere hacer “*algo bueno*” debe de *convencerse* de continuar con el embarazo, ya que no tiene razón aparente para interrumpir porque “*el bebé está bien y normal*”. En el discurso hegemónico, con el simple hecho de estar embarazada, Lorena es la madre de “un bebé”. Así, “*la categoría madre correspondiente al orden simbólico patriarcal contiene cuatro implícitos: la pérdida real de la libertad para la mujer, su subsunción al producto, la intervención legítima del poder en la definición de lo prioritario para ella y la subordinación de su voluntad a cualquier otra voluntad con poder*” (Lagarde, 2003:43).

En la labor para *convencer* a Lorena, está también el uso de ciertas herramientas como formas elementales de abuso. En este caso, tenemos el uso de la imagen del ultrasonido como una herramienta para convencer y hacer sentir culpable a Lorena de sus deseos de interrumpir la gestación. Sin duda, esta experiencia le resultó conflictiva porque ella refirió durante la sesión de orientación¹⁷: “Me hicieron un ultrasonido y ya salieron como las fotos... y pues creo que ahí... *yo lo vi... y me entró el sentimiento de culpa... cuando lo vi... pues... no tenía forma todavía... pero fue más porque el doctor me empezó a decir ‘mira a tu bebé’* y así... y igual me dijo: ‘mira, está sano...” (EP2). Tenemos indicios para decir que la imagen del ultrasonido fue una herramienta que utilizó este galeno para generar sentimientos de culpa en Lorena. De acuerdo con Lagarde (2003), la culpa como una experiencia subjetiva funciona como crítica, control y *acusación social* que legitima la subordinación de las mujeres y el poder sobre ellas. Consideramos que estas herramientas que algunos médicos utilizan para culpabilizar, tienen la función política de controlar a las mujeres y justificar su castigo. Así, el mecanismo de culpa transfiere la responsabilidad hacia las mujeres en un contexto de opresión de género (Castro y Erviti, 2003).

La manipulación del tiempo de la gestación es otra de las *formas elementales de abuso* por parte de algunos médicos que falsean información para *convencer* a las mujeres. A Lorena e Ismael, este ginecólogo les dijo “*ya es muy tarde... que ya no era tiempo para... para... cortar el embarazo...*” (EP2). En ese momento, Lorena tenía entre 10 y 11 semanas de gestación, y no solo es posible médicamente realizar la interrupción del embarazo, sino que también lo es legalmente en el Distrito Federal. Con esta forma de abuso, Lorena pudo haber perdido la posibilidad de interrumpir el embarazo. Esta mentira ocasionó que cuando Lorena llegó a la organización estuviera demasiado tensa y temerosa “por lo que pudiera pasarle” (EP2). Todas las presiones por parte de este ginecólogo le hicieron sentir a Lorena “*frustrada* porque... pues... pensé... ahora... ¿Qué vamos a hacer?... *Pero de todas formas yo seguía pensando que yo no lo quería... y yo no lo quería.* Yo sentí como que ese médico *no nos ayudó... y que nos quería convencer y no escuchaba lo que yo quería...* y nos dijo que era muy peligroso...” (EP2).

Esta experiencia fue difícil de manejar porque presumimos que se tienen sentimientos de impotencia, de enojo y de indefensión ante un médico que tiene el *saber-poder*. Sin embargo, desde un *alto nivel de autonomía*, Lorena siempre fue muy clara con su decisión a pesar de todas las presiones a las que se enfrentó porque ella “*seguía pensando que no lo quería, y no lo quería*” (EP2). Ella pudo percibir que “ese médico nos quería convencer y *no escuchaba lo que yo quería*” (EP2). Digamos que

¹⁷ Este fue uno de los temas complicados que Lorena trató con la orientadora Juana Rodríguez. Al respecto, la intervención consistió en hacer reflexionar a Lorena de que “mucho de lo que nos dicen los médicos lo proyectamos. Por ejemplo, a mí me dicen ‘ahí está el corazón’ y yo pregunto ¿dónde?... también bueno, tú tienes que mirar que algunos médicos asumen que todos los embarazos son deseados y que a todas las mujeres les hace felices la maternidad. Hay un concepto que la maternidad es buena para todas, pero la verdad es que no siempre. Y que tenemos la posibilidad de tomar esta decisión” (EP2).

este ginecólogo promocionaba la conformidad y la obediencia, descalificando las opiniones y los deseos de Lorena.

Algunos médicos afines a la medicina hegemónica miran a las mujeres como seres pasivos y sin posibilidad de tomar sus propias decisiones, porque las pacientes “tienen que obedecer por su propio bien” a los médicos que se ubican en un situación jerárquica superior. Así, en numerosas ocasiones, *“los encuentros médico-paciente constituyen formas de interacciones sociales asimétricas, pues en ellos uno es el detentador del saber-poder, y la otra “solo” es una paciente”* (Castro y Erviti, 2003:258). En síntesis, este ginecólogo deseaba persuadir a Lorena mediante una serie de mecanismos de control social que atropellan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Así, el hecho de haber llegado a esta organización civil le permitió a Lorena ejercer su derecho a la interrupción del embarazo en un ambiente respetuoso.

CONCLUSIONES

El haber escuchado los relatos de dos mujeres concretas y sus parejas, nos permitió reconocerlas como sujetos con la capacidad y la autonomía para decidir lo que es mejor para su proyecto de vida futuro. Cada una se enfrentó a obstáculos y retos diversos, pero al final de cuentas lograron tener una posición diferente respecto de los valores morales dominantes. Al respecto, pensamos que el cuerpo es la primera y la última posesión ciudadana real. Sin embargo, la interpretación que cada una hizo de su realidad está estrechamente relacionada con la forma en la que las diferencias sociales se tejen con la desigualdad y con su propia visión del mundo. En ese sentido, creemos que cada vivencia encierra un mundo particular que transita por la experiencia personal de cada mujer.

Pudimos conocer dos mundos diferentes y cómo cada una experimentó su proceso con diversos matices de autonomía y subversión a las expectativas sociales de su contexto, de acuerdo con las posibilidades de elección y las prácticas a las que tiene acceso. Como mencionamos anteriormente, en este pequeño grupo existe una variedad de contextos socioeconómicos y de maneras de vivir la vida. Consideramos que Lorena es una joven con un alto nivel de autonomía porque con su determinación, desafía los imperativos de su contexto e incluso los deseos y expectativas de su pareja. En contraste, aunque Renata tiene mayor acceso a recursos materiales y redes sociales, pensamos que es quien más se apega al *“deber ser”* que le marca su clase social. Si bien ella tiene un proyecto de vida, también le preocupa que *“en la sociedad no se ve bien tener un hijo tan joven y menos sin tener una carrera o un trabajo”* (EP1). Renata permite que sea su pareja quien asuma un *rol activo* en el proceso de buscar ayuda para interrumpir el embarazo. Coincidimos con Fernández y Tajer (2006), en que en los sectores de clase media y alta se construyen universos de significaciones imaginarios que al mismo tiempo que culpabilizan las prácticas de interrupción del embarazo, sancionan y/o discriminan de muy variadas formas la continuación del mismo.

Tenemos indicios de que, en el caso de Lorena, un embarazo no deseado implicaba no solamente una carga económica que difícilmente podían afrontar, sino que también representaba la posibilidad de truncar sus sueños y metas a futuro, para las cuales combinaban el trabajo y el estudio en el presente. Lorena tiene la determinación y el deseo de llegar a ser profesionalista, y eventualmente poder ascender socialmente. En contraste, a Renata el embarazo inesperado le significaba una serie de obstáculos para responder a las expectativas familiares y sociales sobre sus hombros.

Consideramos que las dos mujeres de este estudio son capaces de tener una autonomía decisoria con diferentes matices. Por una parte, Lorena toma una *posición activa* y busca entre sus redes sociales quiénes pueden apoyarla y darle la información necesaria de dónde acudir y poder interrumpir su embarazo. Mientras que Renata tiene una *posición pasiva* porque sobre José recae la responsabilidad de recurrir a sus redes sociales y conseguir los recursos materiales necesarios. Tenemos indicios de que la participación de los varones es también importante en este proceso, porque ellos pueden jugar un papel para incentivar o desincentivar esta decisión de su compañera. En los casos en los que ellos apoyan a su pareja, puede existir una decisión conjunta o una acción de solidaridad con ellas, pero sin estar de acuerdo con interrumpir el embarazo. Este fue el caso de Ismael, quien mencionó “*no estoy contento con la decisión que Lorena tomó... porque para mí... las razones que me da Lorena no me convencen... pero bueno, yo le dije que la iba a apoyar... y así va a ser*” (EP2).

En la organización civil estudiada, presumimos que en ambos casos ellas se sintieron las protagonistas de su propia atención, porque de acuerdo con lo que nos refirieron anteriormente, se sintieron cómodas, confiadas, escuchadas, apoyadas y respetadas. Renata cuenta: “la primera vez que llegué, me *atendieron súper bien* porque la doctora es muy *amable* y me revisó, *todo estuvo muy bien*” (EP1). Y Lorena, se sintió “*muy, muy bien*. No me hicieron sentir *culpable* y *me animaron a asimilar* la situación por la que estaba pasando” (EP2). De acuerdo con estos testimonios, tenemos indicios para sugerir un cambio de coordenadas con respecto a la medicina hegemónica y a un orden de género porque en este espacio, las mujeres tienen las condiciones para ser consideradas *sujetos con derecho a tener derechos*.

Entre las experiencias previas que pudimos contrastar están las siguientes: la vivencia de Lorena y el ginecólogo que emprendió la labor para *convencerla* de continuar el embarazo y el maltrato hacia la hermana de Renata. En el primer caso, la estrategia del médico fue de fragilización y operó produciendo miedos y culpas. La culpa como experiencia subjetiva, funciona como crítica, control y acusación que legitima la subordinación de las mujeres y el poder sobre ellas (Lagarde, 2003). En este caso, la imagen del ultrasonido fue una herramienta utilizada por este médico para generar la culpa en Lorena y así poder controlarla, en un contexto de opresión de género. Este es un ejemplo de las innumerables violencias, simbólicas y represivas, que algunos médicos ejercen sobre las mujeres. Aunque como bien apunta Pauluzzi (2006), estas violencias no son privativas de una clase social determinada, consideramos que estas violencias y este ejercicio de poder se entretajan en una perversa red multidimensional que

trata de impedir el poder de decisión sobre los cuerpos de las mujeres porque pone en riesgo el control ejercido sobre los mismos y sus vidas. Así, “los disciplinamientos sociales respecto de los cuerpos de las adolescentes y adultas, operan eficazmente en todas las clases sociales. Pero estas estrategias difieren según las clases sociales a las que ellas pertenecen” (Fernández y Tajer, 2006:37-38).

En los discursos y las prácticas de Renata y Lorena se cuestionaron algunos roles sociales de género, en especial el de la subordinación de la mujer y el reclamo de sus derechos. Sin embargo, nos llamó la atención el poco conocimiento y apropiación de los métodos anticonceptivos hormonales como una herramienta para controlar su fecundidad y apuntalar así su proyecto de vida a futuro. Estas mujeres y sus parejas utilizaron el condón o el coito interrumpido cuando se embarazaron. Sin embargo, cada una asumió su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y ninguna renunció a esta capacidad. Aun en el caso de Renata, quien delegó en José las acciones para concretar la decisión, hubo un claro deseo personal de interrumpir el embarazo.

Cada embarazo no esperado y cada decisión de continuarlo o interrumpirlo, confirma una ecuación singular donde confluyen diversas variables que van desde los universos de significaciones imaginarias de cada mujer, el contexto sociocultural en el que están ubicadas con relación al aborto y la maternidad, la relación de pareja, su nivel de autonomía, su proyecto de vida futuro y las formas en las que se transitó por medio de dudas, conflictos y hostilidades. Así, “el ser una mujer soltera, joven o adolescente embarazada, implica en sociedades como la nuestra quedar expuesta en los engranajes en donde se cruzan, articulan y anudan cuestiones de clase, de género, de edad y de estado civil sobre los cuerpos, prácticas y subjetividades de las mujeres” (Fernández y Tajer, 2006:45).

Finalmente, estos engranajes están montados sobre una estructura de la medicina hegemónica y las prácticas de algunos médicos afines a un orden social generizado que desea controlar –consciente o inconscientemente– el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Pero también, en la experiencia y el trabajo de la organización civil estudiada, es posible construir nuevos engranajes y coordinadas que toman distancia respecto de la medicina hegemónica, en donde es posible para las mujeres ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, sin distinción de clase, edad, religión o raza.

BIBLIOGRAFÍA

Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2003): “La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, en Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza (comps.): *Género y política en salud*. México: Secretaría de Salud y UNIFEM-México.

Climent, Graciela (2003): “La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social. El interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas”, *Revista Argentina de Sociología*, noviembre-diciembre, pp. 77-93.

- Erviti, Joaquina (2005): *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*. México: UNAM-CRIM.
- Faúndes, Aníbal y Barzelatto, José (2005): *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Colombia: Tercer mundo.
- Fernández, Ana María y Tajer, Débora (2006): "Los abortos y sus significaciones imaginarias", en *Realidades y coyunturas del aborto, entre el derecho y la necesidad*, en Susana Checa (comp.): Argentina: Paidós.
- INEGI (2008): Instituto Nacional del Geografía e Informática, Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>, consulta el 03 de agosto de 2008.
- Lagarde, Marcela (1997): *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- Lagarde, Marcela (2003): "La condición humana de las mujeres", en Martha Patricia Castañeda (coord.), *Interrupción voluntaria del embarazo, reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*. México: UNAM-Plaza y Valdés.
- Llovet, Juan José y Ramos, Silvina (1998): "Induced abortion in Latin America: Strategies for future social research", *Reproductive Health Matters*, vol. 6, núm. 1, pp. 55-65.
- Mouffe, Chantal (2001): "Feminismo, ciudadanía y política democrática radical", en *Ciudadanía y feminismo*. México: Debate Feminista-IFE-UNIFEM, núm. 25, pp. 33-54.
- Núñez, Guillermo (2007): "Vínculo de pareja y hombría: 'atender y mantener' en adultos mayores del río de Sonora, México", en Ana Amuchástegui e Ivonne Szasz (coords.): *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. México: El Colegio de México.
- Oliveira, Eleonora y Amaral, Lucila (1999): "Soledad y abandono: una constante entre mujeres que abortaron", en Lucila Scavone (comp.): *Género y salud reproductiva en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Ortiz-Ortega, Adriana; Salas, Guadalupe y Meza, Patricia (2008): "Mujeres que declaran abortos en México", en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.): *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo II, México: El Colegio de México.
- Pauluzzi, Liliana (2006): "Degradación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pobres: abortar y parir", en Susana Checa (comp.): *Realidades y coyunturas del aborto, entre el derecho y la necesidad*. Argentina: Paidós.
- PNUD (2009): *Índices de Desarrollo humano y relativo al género en México 2000-2005*. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Rivas, Martha; Amuchástegui, Ana y Ortiz-Ortega, Adriana (1999): "La negociación de los derechos reproductivos en México", en Ortiz-Ortega Adriana (comp.): *Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México*. México: EDAMEX-UAM-X.

Silliman, Jael (1997): "Making the Connections: Women's Health and Environmental Justice", *Race, Gender and Class*, vol. 5.

Szasz, Ivonne (2001): "Significados de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción. Análisis de entrevistas en profundidad a 13 mujeres que se practicaron la cirugía anticonceptiva en una zona rural del centro de México", México, *Programa Salud Reproductiva y Sociedad*. México: núm. 3.