



Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista
Latinoamericana
E-ISSN: 1984-6487
mariaglugones@gmail.com
Centro Latino-Americano em Sexualidade e
Direitos Humanos
Brasil

Rostagnol, Susana
De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las
mujeres
Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 12, diciembre, 2012, pp. 198-223
Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
Río de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293324656009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.12 - dec. 2012 - pp.198-223 / Dossier n.1 / Rostagnol, S. / www.sexualidadsaludysociedad.org

De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres

Susana Rostagnol

Doctora en Antropología
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Universidad de la República
Montevideo, Uruguay

> susana.rostagnol@gmail.com

Resumen: Este artículo analiza las formas en que mujeres procuran elegir el momento de su maternidad, y las maneras en que combinan sus prácticas reproductivas en el marco de su sexualidad. La norma conceptiva habla de un tiempo para la maternidad que se inscribe dentro de una serie de requisitos, los cuales, si bien son sociales, marcan las expectativas de las propias mujeres; el tipo de pareja y el momento vital aparecen entre los más importantes. Se examinan las prácticas anticonceptivas de mujeres según los tipos de relación de pareja en que se encuentran; el lugar ocupado por la medicalización de los cuerpos; y la relación entre la anticoncepción y los embarazos no esperados. Emergen marcadas diferencias en los significados y prácticas reproductivas entre mujeres de estratos bajos y de capas medias. El aborto se presenta como una forma de demorar el inicio del ciclo reproductivo entre mujeres de camadas medias, mientras que en estratos bajos aparece hacia el final de dicho ciclo, o para distanciar los nacimientos.

Palabras claves: maternidad; anticoncepción; Uruguay

**Da maternidade escolhida a não ser mãe (por enquanto):
anticoncepção e aborto na vida das mulheres**

Resumo: O artigo analisa as formas com que mulheres procuram escolher o momento de sua maternidade, e as maneiras com que combinam suas práticas reprodutivas no marco de sua sexualidade. A norma conceptiva fala de um tempo para a maternidade que se inscreve em uma série de requisitos, os quais, embora sejam sociais, marcam as expectativas das próprias mulheres; o tipo de casal e o momento vital aparecem entre os mais importantes. Examinam-se as práticas anticoncepcionais de mulheres segundo os tipos de relação de casal em que se encontram; o lugar ocupado pela medicalização dos corpos; e a relação entre a anticoncepção e as gravidezes não esperadas. Emergem expressivas diferenças nos significados e nas práticas reprodutivas entre mulheres de estratos baixos e de classes médias. O aborto se apresenta como uma forma de protelar o início do ciclo reprodutivo entre mulheres de camadas médias, enquanto em estratos baixos aparece mais ao final de tal ciclo, ou para distanciar os nascimentos.

Palavras-chave: maternidade; anticoncepção; Uruguai

**From motherhood as a choice to not being a mother (for now):
contraception and abortion in women's lives**

Abstract: This article analyzes the ways women try to decide the right time for motherhood, and the ways they combine their reproductive practices as part of their sexuality. The contraceptive rule speaks of a time for motherhood as part of a series of social requirements which influence women's expectations. The sexual partners they choose and the moment in their life trajectory seem paramount. This article examines the contraceptive practices of women according to the type of relationship they are in, as well as the role of medicalization and contraception in relation to unexpected pregnancies. There are significant differences in the meanings and practices of lower and middle income women. To middle-class women, abortion is a way of delaying the onset of the reproductive cycle; while for lower-income women it occurs mostly toward its end or as a way to set different birth cycles apart.

Key words: Motherhood; Contraception; Uruguay

De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres

Introducción

El comportamiento reproductivo de las mujeres obedece tanto a razones subjetivas como a motivos culturales e ideológicos, influidos por el momento histórico y el contexto social. Las sociedades han tendido a asignar a las mujeres un papel determinante en la reproducción, al punto de dejar borrosa sus imágenes en otros roles.

La maternidad es un mandato social, pero también un proyecto individual. Para algunas mujeres es algo ‘natural’; si se es mujer se es madre, aun cuando puedan tener otros proyectos además de la maternidad. Para otras, es importante elegir el momento de la maternidad. Para ello las mujeres realizan esfuerzos, llevan a cabo acciones para evitar embarazos, y cuando éstos acontecen inesperadamente muchas veces llevan a cabo acciones para interrumpirlos.

En este artículo nos centraremos en analizar las formas en que mujeres procuran elegir el momento de su maternidad, y las formas en que combinan sus prácticas reproductivas en el marco de su sexualidad.¹

1. El contexto

El comportamiento reproductivo en Uruguay

Uruguay presenta la tasa de fecundidad más baja de la región, caracterizada por un muy bajo crecimiento demográfico. Sin embargo, en el siglo XIX, la fecundidad constituía un valor socialmente estimado. Luego, la incipiente industrialización, el ferrocarril, el alambrado de campos productivos, entre otros factores, modificaron el modelo demográfico y “el país pasó en poco más de veinte años de una estructura mental y conductas demográficas típicas del *Ancient Régime* europeo al mundo de la modernidad” (Barrán & Nahún, 1979). Efectivamente, entre 1880 y 1940 el país redujo en 60% la natalidad inicial. Como consecuencia de estas tendencias, Uruguay presenta una estructura poblacional relativamente envejecida y

¹ En la elaboración de este artículo se tomaron ideas trabajadas junto al equipo de investigación integrado por Valeria Grabino, Serrana Mesa y Mariana Viera Cherro.

con bajo crecimiento vegetativo. A nivel poblacional-demográfico siempre mostró un comportamiento atípico, por lo general atribuido a la influencia de las oleadas de inmigrantes europeos; a la extensión de un relativo buen nivel de vida, en parte como consecuencia del *welfare state*; y a la escolarización masiva, especialmente el temprano acceso de las mujeres a educación superior. Este modelo, caracterizado principalmente por una familia poco numerosa, se mantendrá a lo largo de todo el siglo XX sobre todo por el comportamiento reproductivo de las capas medias. La racionalidad subyacente parece ser la búsqueda de mayor bienestar económico y desarrollo personal de todos los miembros de la familia, lo cual va de la mano con el pensamiento liberal. Sin embargo, ya en las últimas décadas del siglo pasado, se advierte un comportamiento reproductivo diferencial según estratos socioeconómicos, siendo las mujeres ubicadas en sectores de pobreza crónica quienes presentan una tasa de fecundidad bastante superior a la media (Pellegrino et al., 1995)

Hacia el 2006 la tasa global de fecundidad se situaba en 2,04. (Varela Petito, Pollero & Fostik, 2008). Casi la mitad de la sociedad uruguaya se reproduce entre los sectores de más escasos recursos (43% de los niños nace en hogares con necesidades básicas insatisfechas – NBI). El índice de natalidad de las mujeres con bajo nivel educativo (primaria completa o incompleta) duplica el índice de natalidad de las mujeres con mayor nivel de instrucción. Actualmente, la tasa bruta de natalidad es de 14,36 y una tasa global de fecundidad de 1,9760 de acuerdo a informaciones del Instituto Nacional de Estadísticas. En términos promediales, la fecundidad en Uruguay es baja; sin embargo, el comportamiento reproductivo difiere según los niveles socioeconómicos al punto de permitir suponer que el remplazo demográfico en Uruguay se realiza gracias al comportamiento de los estratos más empobrecidos.

Finalmente, un porcentaje importante de niños que nacen en los sectores de bajos recursos son hijos de madres adolescentes. La maternidad de las menores de 20 años en las últimas tres décadas del siglo XX ha seguido una tendencia fuertemente creciente, tanto en valores absolutos como en porcentaje, respecto de los nacimientos totales. En valores absolutos pasaron, con oscilaciones, de 5.650 en 1968 a 8.469 en el 2000; y en porcentajes, del 11% al 16.1%. Por el contrario, entre mujeres de capas medias y altas existe un retraso en la edad al nacimiento del primer hijo. De tal modo, tanto por el número de hijos como por la edad en que se tiene el primer hijo, las diferencias por sector socio-económico están bien marcadas, con comportamientos claramente diferenciados.

La anticoncepción

El conocimiento tanto desde las ciencias sociales como desde la epidemiología sobre las prácticas anticonceptivas y uso de métodos anticonceptivos es sumamen-

te fragmentado: Uruguay no ha participado de emprendimientos internacionales realizados para estimar el comportamiento reproductivo, tales como la Encuesta Mundial de Fecundidad, las Encuestas de Prevalencia de Uso de anticonceptivos y las Encuestas de Demografía y Salud.

La venta libre de anticonceptivos, junto a la baja natalidad, llevó a pensar que no era necesario indagar sobre las prácticas anticonceptivas. Tampoco fue un tema de salud pública. Universalizar el acceso a los MAC (métodos anticonceptivos) sólo se convirtió en preocupación del Estado a mediados de los años 1990, como consecuencia de las conferencias de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, y sobre la Mujer. Se implementaron políticas públicas –con apoyo de agencias específicas de Naciones Unidas– tanto desde el gobierno nacional como del gobierno municipal de Montevideo, donde vive la mitad de la población del país.

La información sobre prácticas anticonceptivas con que se cuenta proviene de encuestas esporádicas y únicas cada una de ellas, por lo que no es posible elaborar series que permitan trazar comportamientos a lo largo de un periodo de tiempo. Una encuesta realizada por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer, a inicios del siglo XXI ubica en poco más de 80% el porcentaje de mujeres que declaran haber usado anticonceptivos. La distribución por métodos coloca a la anticoncepción oral como la más usada (54%), seguida por el uso del preservativo (30%), especialmente entre la población más joven (CELSAM, 2001).

De acuerdo a la Encuesta Género y Generaciones (UNFPA) realizada en el marco del “Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya: una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones” a fines del 2004, el uso de MAC (métodos anticonceptivos) en los casos de relaciones sexuales recientes ascendía a 65% entre los varones y 62% entre las mujeres. Entre la población en pareja, los métodos más utilizados fueron los preservativos (40,6%), pastillas anticonceptivas (30,5%) y dispositivo intrauterino (16,5%).

A pesar de la corta distancia temporal entre la aplicación de una y otra encuestas, los distintos criterios y metodologías no permiten realizar comparaciones tendientes a proponer tendencias en el comportamiento anticonceptivo de la población. Ambas muestran cierta generalización en el uso de anticonceptivos, lo cual entra en contradicción con el alto número de embarazos no esperados resultantes del mal uso o ausencia de uso de MAC (Sanseviero, 2003; Rostagnol, 2005; Rostagnol, 2010). Es usual que, preguntadas sobre su conocimiento acerca de MAC, las mujeres respondan afirmativamente, lo cual no necesariamente significa que hagan un uso correcto de los mismos. En una investigación previa realizada entre mujeres que acudían a los servicios de asesoramiento en salud sexual y reproductiva (denominación de los servicios donde se realiza el asesoramiento pre y post-aborto) se pudo observar que existía un uso no eficiente de los MAC en un

número no despreciable de casos. Esto, consistía en intermitencia en el uso de ACO (anticoncepción oral), suspensión de un método –por ejemplo el DIU (dispositivo intrauterino)– sin sustituirlo por otro, y uso inadecuado del preservativo (Rostagnol et al., 2007).

El aborto: práctica generalizada

No parece desacertado suponer que la práctica del aborto desempeñó un papel central en el mantenimiento de las bajas tasas de natalidad en la primera mitad del siglo XX, antes de la diseminación de los anticonceptivos orales. Sanseviero (2003) afirma que el aborto ha constituido, de hecho, una estrategia social para la regulación de la fecundidad. A igual que en otros países de la región, la salud de la población en Uruguay pasó a ser objeto de atención pública en el marco de la “modernización” producida entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. En ese contexto, el aborto era una práctica que gozaba de una gran tolerancia social, y cuya gestión se producía –excepto tal vez para las clases altas– en espacios cuya configuración los asemeja a lo que Joana Pedro (2003) define como “redes [informales] de solidaridad femenina”.

En el período 1934-1938 el aborto estuvo despenalizado. De acuerdo a la historiadora feminista Graciela Sapriza (1997; 2000) esto habría sido más el resultado del peso de las corrientes eugenésicas que consecuencia de ideas liberales. En 1938 fue recriminalizado con la Ley N° 9.763, vigente hasta hoy.²

La situación de clandestinidad en que se realizaban (y realizan) los abortos, junto a lo extendido de su práctica, daba lugar a considerar estimaciones que iban de 15 a 16 mil abortos anuales (Rostagnol, 2009). La única estimación sobre una base empírica acerca de la magnitud del aborto en Uruguay coloca la cifra en aproximadamente 33 mil abortos voluntarios anuales para el año 2000 (Sanseviero, 2003). Considerando las tasas de natalidad, tres de cada diez mujeres embarazadas abortan. Se observa entonces que a pesar de existir una ley que lo penaliza,

² Desde el retorno a la democracia en 1985 se han discutido cinco proyectos de ley de legalización del aborto. En octubre de 2012 se aprobó un sexto proyecto de ley que permite el aborto. Si bien es más restrictivo que los anteriores proyectos de ley, una vez que esté implementado cambiará la situación de las mujeres que decidan interrumpir sus embarazos. Dentro de las primeras 12 semanas del embarazo, la mujer podrá acudir a su médico y expresarle las razones para interrumpir ese embarazo. El profesional deberá agendar a la brevedad una reunión de la mujer con un equipo interdisciplinario integrado por un ginecólogo, alguien especializado en salud psíquica y un profesional del área social. El equipo deberá garantizar que la mujer cuente con toda la información necesaria para tomar su decisión de manera responsable. Contará con cinco días para reflexionar, luego de los cuales, si continúa con la idea de interrumpir el embarazo, llamará a su médico tratante para realizar la coordinación correspondiente.

cada día abortan 90 mujeres. La recurrencia al aborto voluntario es la respuesta a una necesidad colectiva que no se satisface mediante políticas públicas implementadas por el Estado, sino a través de un servicio público gestionado en forma privada y al margen de la ley (Sanseviero, 2003:118). Esto es posible porque la ley que penaliza “está en desuso”, como ha señalado el jurista Miguel Langon (1979:26). Sólo se han producido procesamientos por el delito de aborto cuando ha acontecido la muerte de la mujer como consecuencia de maniobras abortivas. Considerando la estimación de 33 mil abortos anuales, los procesamientos están en el orden de 0,04% (Sanseviero, 2008:181-182).

Un aspecto que distingue la práctica del aborto en Uruguay respecto de otros países con legislaciones restrictivas es el alto porcentaje de abortos practicados por profesionales de salud. Previamente a la difusión del uso de misoprostol, la mayoría de los abortos eran efectuados por profesionales de la salud mediante AMEU (aspiración manual endouterina), legrados y sonda, alcanzando aproximadamente el 80% del total de abortos. El 20% restante seguía distintos procedimientos provenientes del saber popular: té de ruda, introducción de objetos punzantes, estando las aguas de tejer entre las más usuales (Sanseviero, 2003).

La aceptación silenciosa de la práctica subyace a la Ley N° 18.426 de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva –cuyos capítulos referidos a la interrupción voluntaria del embarazo fueron vetados por el Presidente Vázquez– que establece el asesoramiento pre y post aborto en los centros de salud tanto públicos como privados. El aborto en sí mismo queda fuera del proceso de atención. A la mujer se la asesora, se le brinda información sobre el uso abortivo del misoprostol y, paradójicamente, el fármaco es de venta restringida por lo que las mujeres deben obtenerlo en el mercado paralelo clandestino.

2. El texto

El ‘texto’ corresponde a las entrevistas realizadas a mujeres provenientes de dos sectores socioeconómicos: bajo y medio;³ a su vez, en ambos grupos las mujeres se dividen en dos grupos etarios, de 18 a 27 años y de 40 a 49 años, todas con

³ Los criterios para ubicar a las entrevistadas en uno u otro resulta del cruce de informaciones sobre sus ingresos medios, barrio de residencia, nivel de escolaridad, capital social y cultural, y *habitus* de clase. Lo que ubicamos como estrato bajo corresponde a un nivel bajo hacia medio bajo: no incluye población indigente. A su vez, hay diferencias entre las entrevistadas ubicadas en estrato medio, que van desde un nivel medio a algunas cercanas a un nivel medio-alto.

al menos una experiencia de aborto.⁴

Para su análisis se procesó la información completando cuadros de eventos para cada universo de estudio. Estos cuadros contienen información cronológicamente ordenada para cada entrevistada, lo que permite observar, a lo largo de su vida, su trayectoria afectivo-sexual: la fecha de iniciación de las prácticas sexo-coitales, de los abortos, de los nacimientos de hijos/as; prácticas anticonceptivas llevadas a cabo en los distintos momentos de la vida, y los distintos tipos de pareja.

Para analizar la información contenida en las entrevistas se siguieron diversas estrategias. En base a la propuesta de Catherine Fuchs (1983), tomamos algunos conceptos centrales a los intereses de esta investigación, a partir de los cuales buscamos construir cadenas de nociones a las cuales apela la entrevistada para estructurar su conceptualización. Se constituyen así redes de designaciones y calificaciones que permiten avanzar en la comprensión del sentido que cada entrevistada da a los conceptos que utiliza. Se realizaron cadenas nocionales para “sexualidad”, “anticoncepción”, “procreación” y “aborto”. Para otros aspectos de interés, se definieron ejes de análisis, tomando de cada entrevista los aspectos correspondientes a dicho eje. Eso permitió comparar las distintas prácticas y sentidos asignados a acciones similares (similares al menos desde la lógica de la entrevista). El eje considerado que hace al presente análisis refiere a los hitos que modifican prácticas anticonceptivas.

La maternidad elegida / la no-maternidad en las trayectorias afectivo-sexuales

El tiempo de la maternidad

La maternidad como estado (ser madre), como acción (convertirse en madre) o como deseo (ser madre en el futuro) está presente en todas las entrevistas, tanto en su versión positiva como negativa.

A igual que en generaciones pasadas, la maternidad forma parte de los mandatos sociales que hacen a la identidad femenina, aunque no todas las mujeres lo asumen de la misma manera. Puede decirse que, a través de los relatos, las mujeres pendulan entre una posibilidad siempre presente y su concreción como destino. Sus discursos permiten pensar que la maternidad se pone en cuestión en la práctica. En la mayoría, no se percibe la existencia de una decisión activa respecto al deseo de maternidad, sino que, por el contrario, en tanto constitutiva de los mandatos sociales y para muchas mujeres elemento constitutivo básico de su identidad, la

⁴ La investigación incluye entrevistas a varones, que fueron analizadas siguiendo los mismos procedimientos que para las mujeres, pero no fueron tomadas en cuenta para el presente artículo.

maternidad '*naturalmente*' forma parte de su proyecto de vida –cuando éste existe– o se la asume irreflexivamente.

Los resultados del análisis de las entrevistas, lejos de mostrar algún tipo de problematización respecto a la maternidad, presentan lo que parece ser una continuidad en el reforzamiento de la noción de un esencialismo femenino manifestado en la maternidad. Sin embargo, en muchos se advierte una inconsistencia discursiva, especialmente entre mujeres de capas medias: se ven a sí mismas como madres (en algún momento), pero con frecuencia convertirse en madres no está presente en sus proyectos de vida de corto y mediano plazo. Esta inconsistencia está ausente en la mayoría de las mujeres de sectores de estrato bajo, tanto entre las jóvenes como entre las de más edad. Considerando las 16 mujeres entrevistadas comprendidas entre 18 y 27 años de ambos estratos sociales, se aprecia que entre las de capas medias (9 entrevistadas) sólo una tiene un hijo, mientras que entre las 7 mujeres de estratos bajos, tres de ellas son madres, una de las cuales tiene dos hijos.⁵ Entre las mujeres comprendidas entre los 40 y 49 años también se observan diferencias por estrato social. Mientras que a los 30 años todas las mujeres entrevistadas de estrato bajo ya habían tenido al menos un hijo, sólo dos de las mujeres de estratos medios habían tenido hijos antes de los 30 años.

El cuadro de eventos muestra la existencia de diferencias significativas en la alternancia de nacimientos y abortos según estrato social. Entre las mujeres de menores recursos, el aborto aparece poniendo fin a su etapa reproductiva o espaciando hijos; algunas mujeres entrevistadas podrían tener hijos luego de realizada la entrevista. Contrariamente, entre las mujeres de sectores medios, el aborto aparece retrasando el ciclo reproductivo, es decir que éstos se realizan antes de tener hijos.

El retraso en el comienzo del ciclo reproductivo en capas medias es muy marcado, en relación con las mujeres de estratos bajos. Estamos frente a una forma de estar en el mundo y una vivencia de la maternidad en el marco proyectos de vida claramente diferentes por estrato social.

Considerando sólo a las mujeres de capas medias, su no problematización de la maternidad como destino –junto a la postergación de su concreción en función de otras prioridades– marca un cambio interesante en la vivencia de la maternidad. La están poniendo en cuestión en su práctica cotidiana, más allá que, al menos entre las entrevistadas, no existía un discurso totalizador que enmarcara sus opciones. Era más bien a partir del sentido común que las mujeres de capas medias referían al tiempo de la maternidad desde el que justificaban sus acciones.

⁵ La investigación es de índole cualitativa. El universo de mujeres y hombres entrevistados constituyen una muestra teóricamente consistente, pero no debe considerarse una muestra estadísticamente representativa.

Leonor recuerda lo que su madre le decía cuando ella era una estudiante (a sus 19 años, aproximadamente), respecto a su actividad sexual.

...tené cuidado de andar con los varones por ahí, vas a quedar embarazada, vas a tener que quedarte a cuidar los chiquilines; tenés que estudiar, tenés que cuidarte... (Leonor, 47 años, estrato medio).

Estas pocas palabras, se da cuenta de una cosmovisión que incluye, por una parte, la noción de sexualidad como riesgo asociada a la reproducción y, por otra, el conflicto entre el inicio de la vida reproductiva y el proyecto personal signado por el estudio como preparación para la vida adulta. Aun cuando a los 19 años de Leonor el acceso a MAC estaba generalizado, su madre no hacía mención a los mismos como dispositivo para una posible sexualidad satisfactoria sin riesgos de embarazo. Si bien el mandato de la maternidad está presente, ya no es el único destino de las mujeres.

Con una visión diferente respecto a la sexualidad, Guadalupe (20 años al momento de la entrevista), cuenta que cuando era adolescente, previo a su inicio sexual, su madre y su hermana insistían sobre la necesidad de usar preservativos a fin de tener una sexualidad placentera, evitar embarazos y contagio de ITS (infecciones de transmisión sexual).

La pauta de entrevista no incluía preguntas específicas respecto a la procreación, por lo que las nociones en torno al concepto se desprenden de los discursos referentes a otras temáticas como anticoncepción, partos, embarazos deseados y, fundamentalmente, el aborto. En tanto interrupción de lo que podría haber implicado una instancia de reproducción, el aborto habilita, como en un juego de espejos, una reflexión sobre los significados atribuidos a la decisión reproductiva.

Entre las entrevistadas jóvenes de ambos estratos, la decisión de tener un hijo con determinada persona requiere tanto de elementos materiales como simbólicos y afectivos, que permitan darle a ese niño/a una “buena vida” o, en el caso de las pertenecientes al estrato bajo, una vida con mejores condiciones materiales que la que ellas han tenido. A esto se suma la consideración de las condiciones y situación personal de ellas mismas, ya que el nacimiento de un hijo/a podría cortar la posibilidad de “llegar a algo” (estrato bajo) o de realizar logros que se plantean como parte de un proyecto personal (estrato medio). Entre nuestras entrevistadas, un hijo en la adolescencia es visto como una barrera para la obtención de logros que permitan una vida mejor.

Yo tengo una amiga que tuvo a su hijo, o sea, no queriendo tenerlo, porque ella primero pensó en la posibilidad de un aborto. Pero tá, la pareja, un estúpido, le dijo que le iba a conseguir las pastillas, consiguieron la plata,

se la gastó en un baile... esas cosas de gente que tá; y hoy en día tienen un nene que tá, es divino y me encanta, me encanta ser tía, de alguna manera. Pero a ella le costó todo lo que podía proyectar. Hasta que el gurí crezca, hasta que el gurí puede encaminar, no va a poder hacer nada y ella labura en un supermercado, o sea, lo más que podés aspirar, cuando el tipo también es un pelotudo bárbaro, ¿entendés? Veo esas cosas y digo está trancada en eso, está trancada, porque son realidades, son realidades de la persona, y bueno. Ella sí fue pelotuda en su momento porque no terminó el liceo, pudiéndolo haber terminado. Estee, tá, tomó la decisión de tener un hijo, hasta ahí no más que la tomó y le pasa todo eso (Guadalupe, 20 años, estrato medio).

Significativamente, todas ellas hicieron algún tipo de mención a la relación mantenida con el posible progenitor y a características del mismo, en términos de su posible comportamiento como padre.

... como que... en realidad dije bueno tá, ya estoy para tener un hijo, este... y puede ser un buen padre... siempre supe que no iba a ser el compañero para toda mi vida (...) y este... pero que sí podía elegirlo como papá, porque me parecía que él iba a ser ..." (Anna, 43 años, estrato medio).

Aparece la idea de tener un hijo con aquella persona que se ama y con la cual se tiene un vínculo afectivo estable que permita afrontar la maternidad y también la paternidad de manera responsable y compartida. Sin embargo, al contrastar los discursos de aquellas mujeres que tuvieron hijos con el papel asumido por su pareja en la crianza, se evidencia que no siempre resulta lo que ellas suponían. Esto permite poner en diálogo la dimensión de las expectativas –a veces teñidas de ilusión– con la realidad en que los hechos se desarrollan. Es en la tensión entre ambas dimensiones donde se materializan las decisiones procreativas. En los relatos de todas las entrevistadas –excepto en uno– estaba presente la noción de familia como condición *sine qua non* para pensar la procreación, es decir, los hijos formando parte de un proyecto de familia en el cual la pareja constituía el marco referencial. Las mujeres comprendidas entre los 40 y 49 años manifestaron diferencias en las nociones ligadas a la procreación respecto a las del grupo de mujeres más jóvenes, derivadas básicamente de su momento vital y, por ende, de su experiencia con parejas e hijos.

La única entrevistada que no consideraba la familia como marco para sus opciones fue una mujer de capas medias con una maternidad tardía. Ella manifestó el deseo de tener un hijo como una necesidad que se vive, que no se razona y que es independiente de la relación de pareja que se mantiene en el presente como del futuro que la misma pueda tener. Podría decirse que el *reloj biológico* está presente

en las decisiones reproductivas.

Lo mencionado permite concluir que la norma conceptiva habla de un tiempo para la maternidad que se inscribe dentro de una serie de requisitos que, si bien son sociales, marcan las expectativas de las propias mujeres.

Prácticas anticonceptivas y tiempo de maternidad

La anticoncepción constituye la acción activa que las mujeres llevan a cabo para evitar el embarazo. Son la manera de vivir la sexualidad no procreativa. El vocablo 'anticoncepción' puede ser definido como *acción y efecto de impedir la concepción*, en tanto 'anticonceptivo' supone un medio, una práctica o un agente que evita el embarazo. Es preciso distinguir entre prácticas anticonceptivas y métodos anticonceptivos: las primeras incluyen a los segundos; una práctica anticonceptiva puede ser la abstinencia, que no es, claro, un método anticonceptivo.

Mediante prácticas anticonceptivas, las mujeres regulan su fecundidad, es decir, deciden sobre el tiempo de su maternidad. Sin embargo, están lejos de ser una práctica mecánica. La tecnología anticonceptiva amerita el cumplimiento de ciertos requisitos para garantizar su máxima eficacia y esos requisitos rebasan el simple acto de observancia del uso, pues su utilización está atravesada por distintas situaciones de vida que hacen que su uso cotidiano no siempre sea evidente para todas las mujeres. Como bien señala Geneviève Fraisse (1999) las prácticas anticonceptivas son el resultado de una serie de decisiones y lógicas complejas, que se articulan unas con otras. Por lo tanto, todo análisis que se haga de ellas debe tener en cuenta las representaciones sociales, además de la disponibilidad de anticonceptivos. Son procesos complejos de negociación, preocupación y toma de decisiones en momentos vitales particulares, por lo que las prácticas anticonceptivas de varones y mujeres se desarrollan en redes de significación que precisan ser desentrañadas. En un trabajo entre mujeres de bajos recursos de un barrio de Montevideo -Ciudad Vieja- se constató que, si bien existía conocimiento y aceptación de los anticonceptivos, no existía la capacidad de instrumentar su uso por una pluralidad de razones, incluyendo las de carácter simbólico (Romero & Rostagnol, 1990). No se puede dejar de considerar que las mujeres inscriben, además, sus prácticas anticonceptivas en una dimensión sentimental.

Entre las entrevistadas, todas tenían experiencia en el uso de varios métodos anticonceptivos. Todas contaban con un buen nivel de información respecto de la metodología anticonceptiva e incluso dominaban métodos que requerían de un buen conocimiento de la propia fisiología como el de calendario y en una de ellas, el método de Billing. Asimismo, todas ellas tenían presente la importancia del preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual. No obstante, todas ellas tuvieron por lo menos un embarazo inesperado que desembocó en aborto, y por lo

menos la mitad de ellas tuvieron hijos no planificados.

En general, las mujeres diferencian entre embarazo y tener un hijo. Algunas parecen no preocuparse frente a la eventualidad de un embarazo, pero decididamente no quieren tener un hijo/a. Un test positivo le asegura a la mujer ser fértil, ser capaz de procrear; el mandato social está a salvo. Entre las mujeres del tramo de menor edad, de ambos estratos sociales, la mayoría de sus hijos no fueron planificados; y entre las mujeres del grupo de edad entre 40 y 49 años, también de ambos estratos, por lo menos la mitad de los hijos fueron resultado de embarazos no planificados. Como veremos más adelante, muchas mujeres, una vez que la pareja estable se consolida, utilizan lo que denominan el ‘método natural’ como práctica anticonceptiva. Podría pensarse que éste les permite a algunas mujeres cumplir un mandato que probablemente consideren tradicional, embarazándose ‘por accidente’. Es interesante subrayar que entre mujeres de capas medias el embarazo que sobreviene ‘por accidente’ es aceptado; aunque eviten referirse al mismo como “no buscado”, como una forma de diferenciarse de aquellas mujeres para quienes la maternidad constituye el único proyecto de vida.

Anticoncepción, sexualidad y pareja

Las prácticas anticonceptivas son vividas por la mayoría de las mujeres entrevistadas como un tema propio, “un problema de las mujeres”. Eso está en sintonía con las políticas respecto a la salud reproductiva que se desarrollan desde el Ministerio de Salud Pública. Si bien en las denominaciones se incluye a los varones (“Programa de maternidad y paternidad responsable” y, más recientemente, con la Ley N° 18.426 de defensa de la salud sexual y reproductiva), en Uruguay no existen en la práctica servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan las necesidades específicas de los varones (Grabino, 2009). Algunas entrevistadas consideraban la anticoncepción como un tema que les era propio y del cual no hablaban con sus parejas:

Siempre consideré que es la mujer la que tiene que cuidarse por lo tanto el método lo iba a adoptar yo (Rosana, 44 años, estrato bajo).

Para otras, es un tema del que deben hacerse cargo por las dificultades a las que se enfrentan al momento de la negociación. Necesariamente sobrevienen los interrogantes sobre las relaciones de poder que rodean tanto las decisiones anticonceptivas como sus negociaciones:

... tenía como esa postura, lo mismo de cuidarse me parece que en sí... costó después cuando, cuando quisimos este... tomar medidas así para cuidarnos, como que, como que costaba que él se cuidara (Nora, 42 años, estratos bajos).

La negociación y el juego de poder que ésta implica tienen una importancia central en las prácticas anticonceptivas entre algunas mujeres. Algunas sienten molestia y hasta enojo al constatar que recae sobre ellas todo el peso de evitar un embarazo. Otras, especialmente las más jóvenes de capas medias pero algunas también de estrato bajo, al referirse a las relaciones casuales o primeras etapas de una relación, afirman que con frecuencia el uso del preservativo se da “naturalmente”, sin necesidad de explicitarlo previamente, como algo tácito. Es frecuente que ambos cuenten con preservativos para usar cuando surja el momento.

Siempre, siempre que... no sé... es espontáneo eso de cuidarse... O capaz que lo dije... probablemente lo haya dicho: ‘¿forro?’⁶ (Guadalupe, 20 años, estratos medios).

... él lo tenía [al preservativo] y en realidad era algo como que ni lo charlamos, en realidad se dio, y en realidad no sé si en algún momento yo le dije: ‘¿tenés?’ Fue algo así, y si se dio (...) tá, se dio. Ya te digo, porque salimos a bailar ese día y se fue dando por la situación en la que estábamos en el boliche, no sé qué... tá, el clímax. Claro, y no, en realidad ni lo hablamos, (...) él tenía 25 años, ya venía teniendo relaciones...” (Milagros, 27 años, estrato bajo).

Este tema remite a los distintos tipos de pareja y su relación con las prácticas anticonceptivas. Con frecuencia algunas mujeres, cuando consideran que están en una relación estable, dejan de tomar medidas para evitar un embarazo aunque manifiesten no querer tener hijos. En estos casos, suelen mencionar el uso del ‘método natural’. Saben del alto grado de ineficacia del mismo; pareciera, sin embargo, que el amparo de una relación estable les diera la certeza de no estar solas en caso de un embarazo; o bien creen que la pareja las acompañará, compartiendo las responsabilidades derivadas del embarazo en caso que ocurra, ya sea para interrumpirlo o para continuarlo y convertirse en madre y padre. El no sentirse solas para afrontar la situación, les permite “aflojarse”, como menciona una entrevistada.

Las mujeres que dicen seguir el ‘método natural’ no lo hacen rigurosamente. Si bien observan las fechas, la gran mayoría de las entrevistadas no lo hace de manera constante. Podría decirse que, de acuerdo a sus relatos, existe cierto pensamiento mágico según el cual ellas creen saber que no van a quedar embarazadas.

No, yo como que en eso, cerebro y descerebro a la vez porque, eh, yo era muy regular en mis ovulaciones y se ve que me dio, eh, inconscientemente

⁶ Forro es el término coloquial con que se refiere al preservativo.

como que sabía de que, este... que estaba en una fecha que probablemente no quedara embarazada, probablemente como que siempre lo tenía ahí ese tema (Leonor, 47 años, estrato medio).

La sexualidad está configurada por determinantes, tanto sociales como subjetivas, siendo definitivo el potencial erótico humano que se configura como un elemento de placer, favoreciendo la comunicación en la pareja. Estos elementos también entran en juego a la hora de poner en práctica la anticoncepción.

Podría pasar que no nos cuidamos esa vez, pero nos cuidamos. Y había veces que tá, se te va de las manos y tá, se te va de las manos... (Guadalupe, 20 estrato medio).

El uso de la AE (anticoncepción de emergencia) es frecuente entre las mujeres del tramo de menor edad. En algunos casos sustituye otras prácticas anticonceptivas.

Ahí sí, no me cuidé, no me cuidé; pero tomé pastillas del día después, que eso sí, si las tomás bien, son efectivas (Guadalupe, 20 años, estrato medio).

Varias entrevistadas evidenciaron desconocimiento sobre su alcance. Así, una joven de estratos medios afirmaba que la AE podía tomarse hasta dos veces por mes, sustituyendo así a las ACO (píldoras anticonceptivas); otra de las mujeres consideraba a la AE una “bomba hormonal” y, por lo tanto, nociva.

Como vemos, el tipo de práctica anticonceptiva adoptada está en relación directa con el tipo de pareja: determinadas prácticas corresponderían a parejas en sus etapas iniciales; otras para parejas estables consolidadas; y otras para parejas ocasionales. El concepto de pareja ocasional se elabora en contraposición a los sentidos otorgados a la pareja formal, que supone un compromiso afectivo. Para algunas mujeres entrevistadas, en las parejas ocasionales la sexualidad debe necesariamente suponer, al igual que con cualquier otro tipo de pareja, alguna conexión afectiva; para otras, tiene como objetivo primario –o único– la búsqueda del placer sexual.

(...) las veces que tuve, que tuve este, relaciones más casuales, eh, también fueron fuente de satisfacción, con algunas personas fue, fue bárbaro realmente, pero yo lo que me doy cuenta es que siempre con las personas que he tenido sexo, siempre me he vinculado, por más que haya sido corto, me he vinculado de otra forma, no ha sido sólo sexo. Quizás no estuve enamorada, pero sí hice otras cosas o fui a bailar o fui al cine o, no sé, como otras cosas que acompañan eso (Alicia, 40 años, estrato medio).

Cuando la mujer está frente a relaciones casuales generalmente usa preservativo, que posibilita un doble cuidado: ante el embarazo y ante ITS (infecciones de transmisión sexual). Especialmente dentro del grupo etario más joven, el condón o preservativo forma parte de su cotidianeidad.

Siempre preservativo. (...) siempre usábamos condón, porque uno o el otro siempre tenía. En s'í nunca nos faltó. Siempre llevábamos condón los dos. En general, yo siempre tenía en la mochila por las dudas, pero él siempre, cuando venía el momento, siempre sacaba él de su billetera o de su bolsillo, no sé. (...) porque como sabía que los dos, era una relación casual y sabía que, no sé, el fin de semana él salía y yo salía, entonces como que tá, por las dudas, más vale prevenir (Milagros, 27 años, estrato bajo).

Un párrafo aparte merecen las referencias a prácticas anticonceptivas entre mujeres con sus relaciones paralelas. Con esta denominación nos referimos a aquel vínculo afectivo-sexual que la entrevistada mantiene en paralelo a una relación más estable, así como a aquellos casos en que la entrevistada ocupa el lugar de pareja paralela para otra persona que tiene una pareja estable. Las razones por las cuales las mujeres entran y mantienen este tipo de vínculo son múltiples. Los significados atribuidos al vínculo y a la persona con la cual se establece la relación son claves al momento de desarrollar conductas con fines anticonceptivos. El preservativo es usado de manera rigurosa. De manera explícita muchas veces, e implícita siempre, el preservativo está asociado a prevenir el contagio de ITS además de evitar el embarazo. Rosana explica la razón del uso del preservativo:

Claro porque no habían, este, compromisos... de ningún tipo (Rosana, 44 años, estrato bajo).

La ausencia de 'compromiso' –concepto mediante el cual se asume un vínculo de afecto que se proyecta en el tiempo– obliga, por lo menos en términos de prescripción sociocultural, al uso del preservativo en tanto método anticonceptivo de barrera. El examen de las entrevistas muestra una oposición vinculada a la confianza en la pareja: confianza y desconfianza que se corresponden al no uso de preservativo en el primer caso, y al uso riguroso en el segundo. Las parejas no estables, especialmente las relaciones paralelas, se asocian al uso del preservativo en tanto no habría compromiso y no sería posible asegurar la fidelidad.

La elección y utilización de algún método anticonceptivo se realiza con dos finalidades no excluyentes: la prevención del embarazo y la evitación del contagio de infecciones de transmisión sexual; para este último fin sólo resultan adecuados los métodos de barrera (preservativo masculino y preservativo femenino). La

importancia de evitar una o ambas consecuencias posibles de la relación sexual estará en relación con la trayectoria sexual y afectiva personal, y con qué lugar ocupa esa pareja en la trayectoria mencionada. Sin embargo, también ingresan en la configuración de los guiones intra-psíquicos aquellos sentidos que orientan al individuo sobre su conducta sexual (Gagnon & Simon, 2009), los aspectos relativos al contexto histórico cultural.

Existen jerarquías en las responsabilidades respecto de las prácticas sexuales y sus consecuencias; responsabilidades derivadas del lugar social ocupado por varones y mujeres. Se espera así que las mujeres sean las que se responsabilicen por la evitación del embarazo. Lo que confiere a la mujer un lugar de relevancia en la estructura social y cultural –la maternidad– debe ser asumido con la responsabilidad que la sociedad le otorga, y que no es la misma que para el varón.

En términos del tipo de pareja y la opción anticonceptiva, el material examinado permite observar que las oposiciones estabilidad/compromiso y ocasionalidad/ausencia de compromiso se corresponden a distintas prácticas anticonceptivas: ACO –y a veces, ‘método natural’– y preservativo. De este modo, la ACO está del lado de lo estable, del orden, de la confianza; el preservativo, en tanto, denota una situación de inestabilidad, de desorden o de desconfianza en la pareja. Esto es observado en otras investigaciones respecto a los noviazgos entre adolescentes que, en los primeros meses, usan preservativo y luego pasan a la ACO. Entre nuestras entrevistadas se constata que una vez que la relación se estabiliza se abandonan los preservativos; a veces, sin remplazarlos por ACO. Resulta interesante, por otro lado, que el uso de preservativo no parece ser (al menos explícitamente) una mayor protección frente a las ITS, sino a un embarazo no deseado y no viable en el marco de la relación de pareja. En el caso de Catalina (27 años, estrato bajo), el preservativo se considera el método más seguro, pero no por las ITS: “porque siempre estuve con personas que realmente conocía”.

En el relato de Alondra (26 años, estrato medio), la dicotomía estable/inestable incorpora un aspecto novedoso. En su caso, con las parejas estables siempre utilizó el preservativo pero no de forma rigurosa, mientras que con parejas paralelas el preservativo se usaba efectivamente. Su actual pareja es una relación estable, pero de acuerdo a la diferencia etaria (él la dobla en edad) “no tiene futuro”. En este caso, la elección del usar ACO aparece como un compromiso por no quedar embarazada pero en un sentido diferente de estabilidad y proyecto de pareja.

La anticoncepción oral sigue vinculada a relaciones estables y a la idea de planificación. En tal sentido, se opone a los momentos de “desbunde”. Otras ideas asociadas a ACO son: permanencia, compromiso, seguridad y sentimientos. En ocasiones, la estabilidad es relativizada: el uso de ACO no se vincula necesariamente a parejas duraderas sino a un proyecto en común.

En consecuencia, en cuanto a la caracterización del método, el preservativo es visto como efectivo, accesible, práctico, y de uso inmediato. Sin embargo, su utilización se problematiza como una práctica de cuidado no femenina. Plantea Guadalupe: “me pedís a mí que me cuide y me das preservativos para hombres”. Mientras tanto, la ACO es asociada a seguridad, a una rutina, a regulación del ciclo y a despreocupación.

Hay una segunda oposición, más presente en las mujeres entre 40 a 49 años, que refiere a responsabilidad/conciencia en un extremo y, en el otro, a irresponsabilidad/inconsciencia, que se traduce en usos diferentes de anticonceptivos. Esta oposición surge fundamentalmente de los discursos de las mujeres que se refieren a sí mismas como ‘inconscientes’ en relación a sus prácticas anticonceptivas, definidas por un uso esporádico de preservativo o por seguir un ‘método natural’ de manera poco rigurosa.

Prácticas anticonceptivas, medicalización y contaminación

En tanto el valor socialmente asignado a las mujeres devenía de su aparato reproductivo, el disciplinamiento de sus cuerpos se volvió central para mantener el control sobre la reproducción, y en esto la medicina ha sido uno de los principales custodios. De tal modo, los cuerpos de las mujeres son territorios intervenidos por la medicina y la reproducción pasa del campo de lo natural al campo médico. El disciplinamiento del cuerpo está en el centro de este proceso. La reproducción está medicalizada: colocación del dispositivo intrauterino por parte de un médico; recetas de MAC (en especial, ACO), asiduos controles prenatales, parto institucionalizado, etc.

Encontramos una tensión entre quienes asumen para sí el disciplinamiento y su situación de cuerpos disciplinados. En otras palabras, con frecuencia las mujeres asumen el discurso disciplinador como propio, lo que se corresponde exactamente con la definición de violencia simbólica para Bourdieu (Rostagnol, 2012). Afirman sentirse cómodas usando ACO aun cuando no tengan una relación estable:

Y por un tema de que ya es como una costumbre, y ya es como que regulás el período y no tenés que andar pensando: ‘que me viene, que no me viene, el espíritu santo me dejó embarazada’ [risas]. Entonces tá, prefiero que no, tomar pastillas siempre. Una cosa que me ahorro pensar en... Después que me hice el aborto... (Guadalupe, 20 años, estrato medio).

Algunas entrevistadas señalaban que como práctica de rutina consultaban al ginecólogo sobre los métodos anticonceptivos. Por el contrario, otras usaban o habían usado ACO sin prescripción médica, o alternaban ACO con preservativos

u otra práctica sin consulta con el profesional.

Lo más interesante respecto a la percepción de los MAC como una forma de medicalización aparece en varias narrativas respecto al ‘método natural’, visto como una forma de alejarse de la medicalización. Elena dice cuidarse por las fechas o usando preservativo. Manifiesta que ni las pastillas ni el DIU le resultan adecuados.

El día que me puse el DIU, un dolor tremendo, y bueno, eso lo dejé de lado, lo tuve que terminar sacando porque eran unas contracciones horribles. (...) Yo no puedo tomar pastillas... tá, tomar la del día después nomás (Elena, 47 años, estrato medio).

Los argumentos esgrimidos para cambiar las ACO por el método natural toman la forma de “Las pastillas me hacen mal”. Interrogadas, la mayoría dijo saber que le hacían mal pero no consultaron al médico por ello. El análisis de los discursos contenidos en las entrevistas permitió elaborar el siguiente mapa de sentidos sobre esa expresión (“las pastillas me hacen mal”):

- Aumento de peso
- “Facilita la presión alta” (aun en casos de mujeres que no sufren de hipertensión)
- Modificación hormonal “es mala”.
- Complicación para recordar tomar la pastilla todos los días.
- Renegar de tener que tomar algo que altera el organismo cuando la pareja no hace nada.

Puede apreciarse la alta carga subjetiva que corresponde al daño supuesto devenido de “las pastillas”, introduciendo en los discursos aspectos relativos al bienestar/malestar físico, como alteraciones en la presión arterial, con otros correspondientes a sus propias acciones, como los olvidos de tomar la pastilla.

Por su parte, el DIU (dispositivo intrauterino) también es rechazado por algunas mujeres bajo argumentos similares, señalando que les inflige un daño; el más comúnmente aludido es que “no me gusta nada de lo que vaya dentro del cuerpo”. En investigaciones previas (Rostagnol, 2003) también pudimos observar resistencias al DIU provenientes tanto de temores variados (que el DIU se vaya al corazón; quedar embarazada y que el hijo nazca con el DIU incrustado) como del rechazo de sus parejas (señalaban que sus maridos les decían que el DIU complica la penetración).

El recurso al método natural constituye –entre otras cosas– una reacción contra la medicalización de la reproducción no necesariamente hecha a partir de una reflexión, sino que aparece *espontánea*. Se advierte, entonces, que las mujeres

tienen prácticas que podríamos considerar de resistencia al disciplinamiento del cuerpo. Sin embargo, la baja eficacia anticonceptiva de estas prácticas las deja sin resolver el problema de la anticoncepción.

Al elaborar el mapa de sentidos de la anticoncepción para las mujeres, se observa que para el grupo de mujeres jóvenes de estratos bajos existe una fuerte asociación entre anticoncepción y contaminación,⁷ particularmente, en relación a la anticoncepción oral (ACO), anticoncepción de emergencia (AE) y el dispositivo intrauterino (DIU).

La noción de contaminante está fuertemente ligada a la de medicalización de ciertos métodos anticonceptivos. La ACO es considerada por alguna de estas mujeres como una “bomba hormonal” que produciría cambios no deseados en el cuerpo, noción que también se repite frente a la AE. Resulta interesante el uso de la categoría “bomba hormonal” para el caso de la AE, ya que ha sido uno de los argumentos mayormente esgrimidos desde la medicina ginecológica para impedir su uso extendido (y en tanto método anticonceptivo regular).

El DIU también aparece vinculado a lo contaminante, a aquello que provoca un desorden corporal, como en el caso de Lila (23 años, estrato bajo) quien menciona frases como: “se me salió, lo despedí”; “no lo tolerás”. Para Catalina (27 años, estrato bajo), la pastilla de emergencia está asociada al “descontrol hormonal”; el DIU, a algo no seguro. Esta entrevistada aporta una idea novedosa vinculada a la ligadura de trompas como algo riesgoso, no saludable y, en ese sentido, también contaminante.

Dentro del mismo grupo de mujeres –de 18 a 27 años– pero de estrato medio, encontramos similitudes y diferencias con las anteriores. Si bien la noción ‘contaminante’ sigue presente, aparece en menor medida (solamente en dos casos) y se asocia particularmente a la anticoncepción oral, no vinculándose ni a la AE, ni al DIU. En el caso de Miranda, la anticoncepción oral es vista como algo negativo que “altera el ciclo normal del cuerpo” (Miranda, 26 años, estrato medio). Eva, por su parte, comenta:

... me vino una cosa hippie de no tomar pastillas (...) no preferiría es como, no, no es que no quiera saber nada, es como que me cuesta como no sé, cuando tomé pastillas había engordado un poco, tenía celulitis y no me gustaba (Eva, 27 años, estrato medio).

⁷ Según Mary Douglas en “Pureza y Peligro”, la suciedad es un concepto relativo, se define como ‘lo que no está en su lugar’. Y desemboca en la idea de que luchar contra la suciedad es un acto positivo, creador, que pretende “organizar nuestro medio” y a imponerle una “unidad a nuestra experiencia”.

En paralelo aparece la idea de que el uso regular de ACO regula el ciclo menstrual. La ligadura tubaria, en tanto, es el método definitivo para evitar embarazos. Los médicos eran –y aun hoy lo son– muy renuentes a efectuarla. Algunas entrevistadas lo solicitaron sin éxito. Actualmente, la Ley N° 18.426, en vigencia desde 2010, incluye tanto la ligadura tubaria como la vasectomía entre las prestaciones de salud que deben brindar las instituciones; sin embargo, su aplicación dista de ser universal.

...cuando fui a tener a Paco le pedí por favor que me ligaran las trompas. Entonces la doctora, que estaba en ese momento habló con el jefe de ginecología de [nombre de la institución médica], y él dice que no; que yo era muy joven –yo tuve a Paco con veintiocho años– y que había otros métodos. Entonces le di mi ecografía de riñones para que viesen que era un riesgo que yo tuviera otro embarazo. Ella volvió y dice ‘pero dice el jefe que si vos cambias de pareja...’ ¡Si cambio de pareja no quiero tener otro hijo! ¡Estoy segura!, lo tengo muy claro. Al final lo logré. Tuvimos que firmar y... tá, y ahí me ligaron y quedé tranquila (Daniela, 42 años, estrato medio).

El sistema de salud –y l@s ginecólog@s en especial– continúan actuando como ‘gendarmes’ de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En ese esquema, con frecuencia las mujeres quedan inhabilitadas de ejercer sus derechos (Rostagnol, 2008; Rostagnol & Viera Cherro, 2006).

El embarazo no esperado y el aborto

Preferimos el uso de este término por sobre otros de uso común en los trabajos tanto sociales como epidemiológicos como ‘embarazo no deseado’ o ‘embarazo no planificado’. El adjetivo no esperado quita cualquier valoración, simplemente es un embarazo no esperado y por ello nos parece el más adecuado.

No me vino, no me vino, y yo ya me sentía cansada, con náuseas, que no sé que, que no sé cuanto. Ya estaba viste con esas cosas y no me venía, no me venía. Yo dije dos meses, hace más de un mes, no puede ser. Entonces hablé con él, le dije: ‘bo, acá está pasando algo raro. Con la pastilla de emergencia te tiene que venir en algún momento, o alguna hemorragia tenés que tener. Y a mí no me ha pasado nada de eso’... (Guadalupe, 20 años, estrato medio).

Con la finalidad de ordenar el tipo de prácticas anticonceptivas seguidas cuando sobreviene el embarazo no esperado, las clasificamos en tres categorías siguiendo el trabajo de Granizo (2010):

Ausencia de uso regular de un método:

Nos cuidábamos y de repente nos descuidábamos... con condón. Una, dos, tres y el cuarto... Porque era un demonio. También yo, era un demonio el tipo (...) pero bajé un poquito la guardia (...) sin cuidarme, nada, y no ocurrió pero no, esteeee, bueno, la pochita quedó (Claudia, 44 años, estrato medio).

Ausencia puntual del método:

... se nos rompió el preservativo, bueno tá, yo, primero no me preocupé, después empecé a sacar cuentas y me pareció que estaba en aprietos... (Catalina, 27 años, estrato bajo).

Problemas con la observancia del método utilizado:

...siempre me cuidaba con el método natural hasta que estaba estudiando, tenía que preparar unos escritos, estaba haciendo un curso de capacitación muy intensivo (...) y me parece que ese mes que teníamos que presentar todos los trabajos o me despisté; y no me di cuenta el día de ovulación o ovulé dos veces, ese fue mi, estee... vamos a decir, como mi diagnóstico de la situación que me pasó. Entonces sí, quedé embarazada (Rosana, 44 años, estrato bajo).

El recurso al aborto aparece de manera muy franca en la mayoría de los casos de embarazos no esperados.

Estee... y ahí... es decir, en ningún momento dudé del tema del aborto. No cabía para mí en la cabeza en ese momento tener un hijo (Milagros, 27 años, estrato bajo).

Todas las mujeres entrevistadas pasaron por la experiencia del aborto. Los procedimientos mayoritariamente utilizados fueron el quirúrgico y el medicamentoso. En el primer caso, la mayoría lo hizo mediante el uso de AMEU (aspiración manual endo-uterina), legrado o sonda; y en el segundo, con Misoprostol.

*La pareja y el aborto*⁸

El involucramiento de la pareja en el proceso del aborto tiene que ver fundamentalmente con la relación afectiva entre ambos, con las características del vínculo. El aborto medicamentoso permite una presencia activa de la pareja lo que

⁸ Este tema ha sido desarrollado en la ponencia “Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol” (Rostagnol et al., 2011).

favorece su involucramiento. Obviamente, no quiere decir que en todos los casos suceda. Si bien algunas mujeres prefieren que su pareja no intervenga ni en la decisión de abortar, ni en el procedimiento del aborto, la mayoría de las entrevistadas viven su experiencia en compañía de su pareja.

En algunos casos relatados por las entrevistadas se percibe un mayor involucramiento de las parejas; alguno incluso ayuda a colocar el misoprostol en la vagina; acompañan durante todo el procedimiento de expulsión.

En el tema de apoyo emocional, estuvo ahí cuando, o sea, yo me lo hice con Misoprostol al aborto, y él me la puso porque yo no podía y onda las 3 horas que te tenés que quedar quieta y yo me arrollaba del dolor y él siempre así abrazado a mí: 'está todo bien, quedáte tranquila'. Hay una parte que hacés fiebre, vomitás, ¡es todo un horror! ¡Y también ahí, él firme, salado! (Guadalupe, 20 años, estrato medio).

Marcia se hizo un aborto quirúrgico en una clínica. Su pareja la acompañó y debió permanecer en la sala de espera durante el procedimiento.

... yo no podía con mi cuerpo porque la anestesia no se me iba (...) me dijeron que caminara ¡y yo me caía! (...) No tenía fuerza. Y ahí fue como que se entreabrió una puerta... y Sebastián estaba allá afuera, y como que se desesperó, ¿viste? Y yo lloraba y gritaba así, y estaba como en una demencia... (Marcia, 25 años, estrato bajo).

La imposibilidad de contar con la contención de la pareja o de alguna otra persona que la mujer sienta cercana, se evidencia como uno de los elementos más penosos del proceso de aborto quirúrgico.

Palabras finales

Se ha podido observar la complejidad que entrañan las decisiones y las prácticas reproductivas. Creemos no haber podido dar cuenta de poco más que la superficie del *iceberg*. Sólo hemos hecho breves menciones al ejercicio de la sexualidad, percibiéndose apenas como contracara de la regulación de la fecundidad. También se han esbozado las relaciones afectivo-sexuales, aunque sólo en función de aspectos asociados a las prácticas reproductivas. Todos ellos son temas que ameritan un estudio posterior.

El objetivo de este trabajo fue poner sobre la mesa algunos aspectos ligados a la maternidad elegida, o a no ser madre (por) ahora. Por lo tanto, la anticon-

cepción estuvo en el centro del análisis. Generalmente se la examina desde facetas epidemiológicas, o se la coloca como una acción guiada por la racionalidad. Aquí se puso en evidencia que las prácticas anticonceptivas son más el resultado de sentimientos, presiones sociales, efectos de relaciones de poder y aspectos subjetivos, quedando las condiciones racionales en un segundo plano.

La maternidad es, para la mayoría de las mujeres entrevistadas, un tema pleno de ambigüedades y contradicciones sobre el que parece muy difícil tomar decisiones reflexivas. De todas las entrevistadas con hijos, en la mayoría de los casos, aquellos no resultaron de acciones planificadas. Esto también demuestra que tal vez la maternidad está en otro lado, un lugar donde la planificación racional no tiene lugar.

Referencias bibliográficas

- BARRÁN, José Pedro & NAHÚN, Benjamín. 1979. *El Uruguay del Novecientos*. Montevideo: Banda Oriental.
- CELSAM (Centro Latinoamericano Salud y Mujer). 2001. *Anticoncepción en América Latina*. Reporte Ejecutivo Uruguay (mimeo).
- FRAISSE, Genvieve. 1999. "L' habeas Corpus de femmes: une double revolution?". In: BAULIEU, Etienne-Emile; HERITIER, Francoise & LERIDON, Henry. *Contraception : Contrainte et Liberte?* pp. 53-60. Paris: Odile Jacob.
- FUCHS, Catherine. 1983. "Variations discursives". *Langages* (70):15-34
- GAGNON, John; SIMON, William. 2009 [1973]. *Sexual conduct: the social source of human sexuality*. Piscataway, NJ: Transaction Books
- GRABINO, Valeria. 2009. "Espacios generizados: cuerpos masculinos ingresando a la institución médica en la práctica de la vasectomía o esterilización masculina". *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en ciencias sociales*, n° 4. Disponible en <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/artic232.pdf> (Última consulta: mayo de 2012).
- GRANIZO, Yamileth. 2010. *Embarazos no previstos y prácticas anticonceptivas. Entre normas morales y transformaciones de género*. Tesis de Maestría en Estudios de Género y Cultura en América Latina, Opción Humanidades. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Santiago.
- LANGON, Miguel. 1979. *Interrupción voluntaria de la gravidez*. Montevideo: Ediciones Jurídicas Amalio M. Fernández.
- PEDRO, Joana. 2003. *Práticas prohibidas. Práticas costumeiras do aborto e infanticídio no século XX*. Florianópolis: Cidade Futura.
- PELLEGRINO, Adela et al. 1995. *Atlas demográfico del Uruguay*. Montevideo: Fin de Siglo.
- PROYECTO GÉNERO Y GENERACIONES. REPRODUCCIÓN BIOLÓGICA Y SOCIAL DE LA POBLACIÓN URUGUAYA. 2005. *Primer informe de investigación*. Disponible en http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/inf_pre_enc_genero_generaciones.pdf (Última consulta: febrero de 2012)
- ROMERO, Sonia & ROSTAGNOL, Susana. 1990. "La contracepción: estrategias de mujeres según sus culturas". Ponencia en el *II Congreso Argentino de Antropología Social*, Rosario.
- ROSTAGNOL, Susana. 2003. "Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos". *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, v.2003, p.39-55.
- ROSTAGNOL, Susana. 2005. "Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino". *Otras miradas* (Universidad de los Andes, Venezuela) v.5, no. 2, diciembre 2005. http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/grupos/gigesex/otrasmiradas/rev5_2/articulo3.pdf#search=%22Susana%20Rostagnol%22
- ROSTAGNOL, Susana. 2008. "El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los

- derechos sexuales en Uruguay”. In: ARAUJO, Kathya & PRIETO Mercedes (org.). *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. p.215 – 232. Quito: FLACSO.
- ROSTAGNOL, Susana. 2009. “Panorama del aborto en Uruguay”. In: ROCHA, Ma. Isabel & BARBOSA, Regina M. (orgs.) *Aborto no Brasil e países do Cone Sul. Panorama da situação e estudos acadêmicos*. Campinas: NEPO/UNICAMP.
- ROSTAGNOL, Susana. 2010. *Relaciones de género y aborto voluntario: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Tesis de Doctorado en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- ROSTAGNOL, Susana. 2012. “Políticas del cuerpo y de la reproducción. Abordaje desde la antropología feminista”. Ponencia presentada en el Simposio “Antropología Feminista en América Latina y España, balance y perspectivas” del LIV Congreso Internacional de Americanistas. Viena, 15 al 20 de julio.
- ROSTAGNOL, Susana; ESPASANDÍN, Victoria; LOMBARDO, María José & MONTEALEGRE, Natalia. 2007. *Informe monitoreo y evaluación de la implementación de la normativa de atención pre y post aborto en policlínicas públicas en áreas urbanas*. Montevideo: Equipo Género, cuerpo y sexualidad/Iniciativas Sanitarias.
- ROSTAGNOL, Susana & VIERA CHERRO, Mariana. 2006. “Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay”. In: CHECA, Susana (ed.). *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. p. 299-316. Buenos Aires: Paidós.
- ROSTAGNOL, Susana; GRABINO, Valeria; MESA, Serrana & VIERA CHERRO, Mariana. 2011. “Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol”. IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, FCS, UBA. Buenos Aires.
- SANSEVIERO, Rafael et al. 2003. *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: CIIIP/UPAZ.
- SANSEVIERO, Rafael et al. 2008. *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: AUPF/IPPF-WHR.
- SAPRIZA, Graciela. 1997. “Entre o desejo e a norma: a despenalização do aborto no Uruguay, 1934-1938”, In: DE OLIVEIRA COSTA, A. (org.) *Direitos tardios, saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. pp. 277-300. São Paulo: Fundação Carlos Chagas / Editora 34.
- SAPRIZA, Graciela. 2000. “La utopía eugenista en el Cono Sur”. Presentación en las VI Jornadas de Historia de las Mujeres y I Congreso Iberoamericano de Estudios de las Mujeres y de Género”. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, UBA, Facultad de Filosofía y Letras, Departamento de Historia.
- VARELA PETTITO, Carmen; POLLERO, Raquel & FOSTIK, Ana. 2008. “La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo”. In: VARELA, c. (coord.) *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: FCS-Programa de Población.