

Representaciones sociales y comportamientos reproductivos de las mujeres de sectores populares *

Graciela Irma Climent **
Diana Beatriz Arias ***

INTRODUCCIÓN

Actualmente es generalizado el uso de métodos anti-conceptivos tanto tradicionales como modernos, poniendo en evidencia una necesidad social, que le confiere a la anticoncepción el carácter de problema social.

Pero el acceso a dichos métodos es mucho menor para las poblaciones más carenciadas quedando expuestas a embarazos no deseados o por lo menos no planificados (Grillo 1991).

Sin embargo, aun dentro de estos grupos, se observa una tendencia cada vez mayor al uso de anti-conceptivos modernos, práctica que se inicia a una edad cada vez más temprana, y antes de tener el primer hijo.

Esto indicaría que hay mayor información respecto a la posibilidad de controlar la fecundidad y que ésta tiene mayor difusión entre las mujeres más jóvenes, probablemente por una actitud favorable a adoptar pautas modernas de vida.

En este trabajo se trata de explorar los comportamientos anticonceptivos diferenciales de las mujeres según grupos de edad y su relación con los hijos «no deseados».

Los embarazos no deseados o no planificados pueden definirse como problemas sociales entre cuyos determinantes pueden reconocerse pautas culturales, representaciones sociales, información inadecuada y dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud que brindan atención en anticoncepción.

Entre las consecuencias, se los relaciona con una serie de problemas sociales que van desde el

aborto ilegal, los niños abandonados y maltratados, la mortalidad infantil y materna hasta los más variados problemas conyugales y familiares —dependencia económica del grupo familiar primario, delegación del cuidado de los hijos, casamientos forzados con alta probabilidad de divorcios en los siguientes cuatro años entre otros— (Balán y Ramos 1989, Becerra Grande 1986, Do Prado Valladares 1987, González Santos 1989, Harper 1989, Raczinsky 1985).

En la investigación sobre «Factores de riesgo psicosocial en relación a los comportamientos reproductivos de la mujer: la anticoncepción» se tuvo como objetivo relacionar los factores de riesgo psicosocial con un daño específico: el hijo no deseado. Este trabajo se centrará en algunos de los determinantes de dicho problema: los conocimientos, valores, actitudes, representaciones sociales y pautas sociofamiliares —considerados como factores de riesgo psicosocial— que dificultan las prácticas anticonceptivas, aunque el problema debe ser entendido en un contexto más amplio que incluye las relaciones interpersonales que se dan en la vida cotidiana —entre la pareja, la familia, el vecindario, las instituciones— y las situaciones de crisis vitales y sociales que se atraviesan (Climent y Arias 1993).

MARCO TEÓRICO

1. Familia, sexualidad y comunicación

Al referirse a los conocimientos, actitudes y representaciones sociales relacionados con la sexualidad y la anticoncepción es preciso una breve referencia

* Investigación realizada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y Área Programática del Hospital Posadas. Trabajo presentado en las Jornadas de Debate Interdisciplinario sobre «Salud y Población», organizadas por el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, agosto de 1994.

** Licenciada en Sociología.

*** Licenciada en Servicio Social.

a la relación que tienen con la familia y la educación sexual.

La familia como grupo social es representante del medio cultural con el que comparte sus pautas y valores. En este sentido en la familia se van a reproducir los modelos socioculturales y la ideología de la sociedad global recreando en su ámbito microsocioal los conflictos, valores, normas, actitudes y tabúes que se dan a nivel macrosocioal (Portillo 1992).

Dicha reproducción se da a través del proceso de comunicación. La palabra emitida en el ámbito familiar es esencialmente formativa y en los primeros años de vida es constitutiva del psiquismo y de la personalidad, marcando lo que se puede y no se puede hacer respecto a lo sexual, entre otros aspectos. La palabra será igualmente significativa y modeladora de actitudes y comportamientos en otros ámbitos como la escuela o las instituciones de salud y a través de los medios de comunicación.

Lo habitual, cuando se trata de la sexualidad, ha sido el silencio, la información parcializada, la evasión del tema conductas éstas, que generan fantasías que llevan a mistificar lo sexual. Los adultos evitan el tema de la sexualidad porque han sido socializados en medios donde su tratamiento era tabú y eso implica que el sexo estaba prohibido tanto en el plano de la acción como en el simbólico —pensarlo y hablarlo—.

El aprendizaje de lo sexual se logra de la misma manera que los otros aprendizajes: indagando, buscando información y confrontando las hipótesis. Cuando este proceso se ve interrumpido o dificultado pueden aparecer actividades eróticas compulsivas en las que no se da la anticipación de los actos, es decir que no hay reflexión ni comprensión de las posibles consecuencias. De ahí los embarazos no previstos de los adolescentes.

La sexualidad debe ser comprendida dentro del marco de las transformaciones sociales globales, incluyendo la del rol de la mujer (Palma 1991). No puede dejar de considerarse el cambio de pautas culturales respecto al inicio de las relaciones sexuales que se producen a edades más precoces si se las compara con las generaciones anteriores. Sin embargo esto se da conjuntamente con el desconocimiento sobre la sexualidad y la anticoncepción (Portillo 1992). Desde mediados de siglo, en occidente se observa un incremento del número de mujeres embarazadas en edades juveniles dando lugar a la llamada «epidemia de fertilidad adolescente» (Becerra Grande 1986).

Contradictoriamente, aunque los adultos no hablan del tema, los jóvenes reciben presiones sociales para que inicien su vida sexual que provienen de la publicidad, el cine, la televisión —manejadas por adultos— y de los grupos de pares.

Cuando la familia y otras instituciones omiten dar información están privando al niño o al joven del marco conceptual racional en el que basarse para tomar sus decisiones. Luego buscan la información que necesitan en fuentes que no siempre son las más idóneas. Se dificulta así que se haga un ejercicio responsable y consciente de la sexualidad.

2. La conducta anticonceptiva como proceso de toma de decisión

Tomar la decisión de controlar la fecundidad requiere ciertos conocimientos sobre la sexualidad en general y sobre métodos anticonceptivos que constituyen los recursos cognitivos que se ponen en juego en los distintos comportamientos reproductivos.

La calidad de los conocimientos que sobre procreación posea un sujeto puede ser determinante para su conducta contraceptiva posterior. Sin embargo no basta «saber» cuál es la conducta apropiada para lograr un objetivo. Los comportamientos de los individuos son explicables también por actitudes, valores, representaciones sociales, circuitos y modalidades de información, factores todos éstos que están presentes en los procesos de toma de decisión.

Entre estos factores se encuentra la valoración cognitiva del embarazo que implica la evaluación de los beneficios y costos que traería aparejado en embarazo. La visualización de los beneficios se basa en el valor relativo que cada sujeto y grupo asigna a tener un hijo: es una forma de realización, significa transgredir una norma moral o legal, es un medio para obtener placer, etc. Entre ellos estaría la afirmación del rol social de la mujer, lograr la consideración de la pareja y los allegados, conformar y consolidar una pareja, etc. (Becerra Grande 1986).

La maternidad está asociada a la formación de la pareja estable y ambos hechos son considerados como hitos en la vida de los individuos, constituyendo a menudo el proyecto vital más importante de la mayoría de las mujeres de clase baja —aunque también de una buena proporción de clase media—, de acuerdo a un modelo tradicional (Geldstein et. al. 1993, Llovet y Ramos 1986, Llobera 1987, Pérez 1988, Blos 1986).

Entre los costos estaría la evitación de respuestas sociales negativas o de censura en caso de mujeres solteras, los problemas económicos, laborales o de vivienda que traería aparejado un nuevo hijo, la limitación de proyectos personales como la realización a través del trabajo, etc.

Respecto a la selección de determinado método puede estar influenciada por actitudes como la confianza en la eficacia de los mismos, la inocuidad para la salud percibida y la evaluación del costo monetario.

Entre otros de los mediadores que facilitan u obstaculizan la conducta anticonceptiva se encuentran las «normas subjetivas», esto es, las percepciones de lo que los «otros significativos» consideran que debería ser hecho y su motivación para actuar en función de dichos referentes (Becerra Grande 1986).

Además, el uso adecuado de métodos anticonceptivos estará relacionado, entre otros factores, con la edad, el nivel educacional, el origen urbano o rural y el trabajo extradoméstico de las entrevistadas, y con la edad y origen urbano o rural de las madres de las mismas al relacionarse con pautas diferenciales de socialización —más tradicionales o más modernas— según prevalezca un modelo «parroquial» o «cosmopolita» (Suchman, citado por Langlie).

En el primero prevalecen pautas más etnocéntricas, inflexibles y tradicionales, donde priman las relaciones afectivas y las actividades en torno al grupo de parentesco. Los roles en la familia son definidos rígidamente y las relaciones interpersonales entre cónyuges e intergeneracionales son de tipo autoritario. La acción social es de tipo prescriptiva, basada en la aceptación no crítica o no deliberada de prescripciones sancionadas por la tradición.

En el segundo se observan actitudes más modernas, progresistas y de aceptación de lo nuevo; los individuos son más mundanos en sus relaciones y, por lo tanto menos aislados. Los roles familiares son más flexibles e intercambiables y las relaciones interpersonales entre cónyuges y entre padres e hijos son de tipo democrático, basadas en una mayor igualdad, libertad y participación. La acción social será de tipo electivo, basada en la elección deliberada de cursos de acción alternativos y de carácter predominantemente racional.

Cada uno de ellos se relaciona con comportamientos propios respecto a la salud, la reproducción, la familia, etc. En las poblaciones en las que predomine el modelo parroquial se encontrará una actitud fatalista, de aceptación de los problemas de salud o de los embarazos imprevistos como cuestión del «destino», no se considerará posible prevenirlo y se buscarán menos soluciones a dichos problemas. En las que predomina el modelo cosmopolita se encontrará una

actitud favorable a la prevención y a las nuevas tecnologías para lograrla y una mayor capacidad de enfrentamiento de los problemas. En el tema de la anticoncepción se traducirá en un preferencia por familias menos numerosas y en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos modernos para lograrlo.

METODOLOGÍA

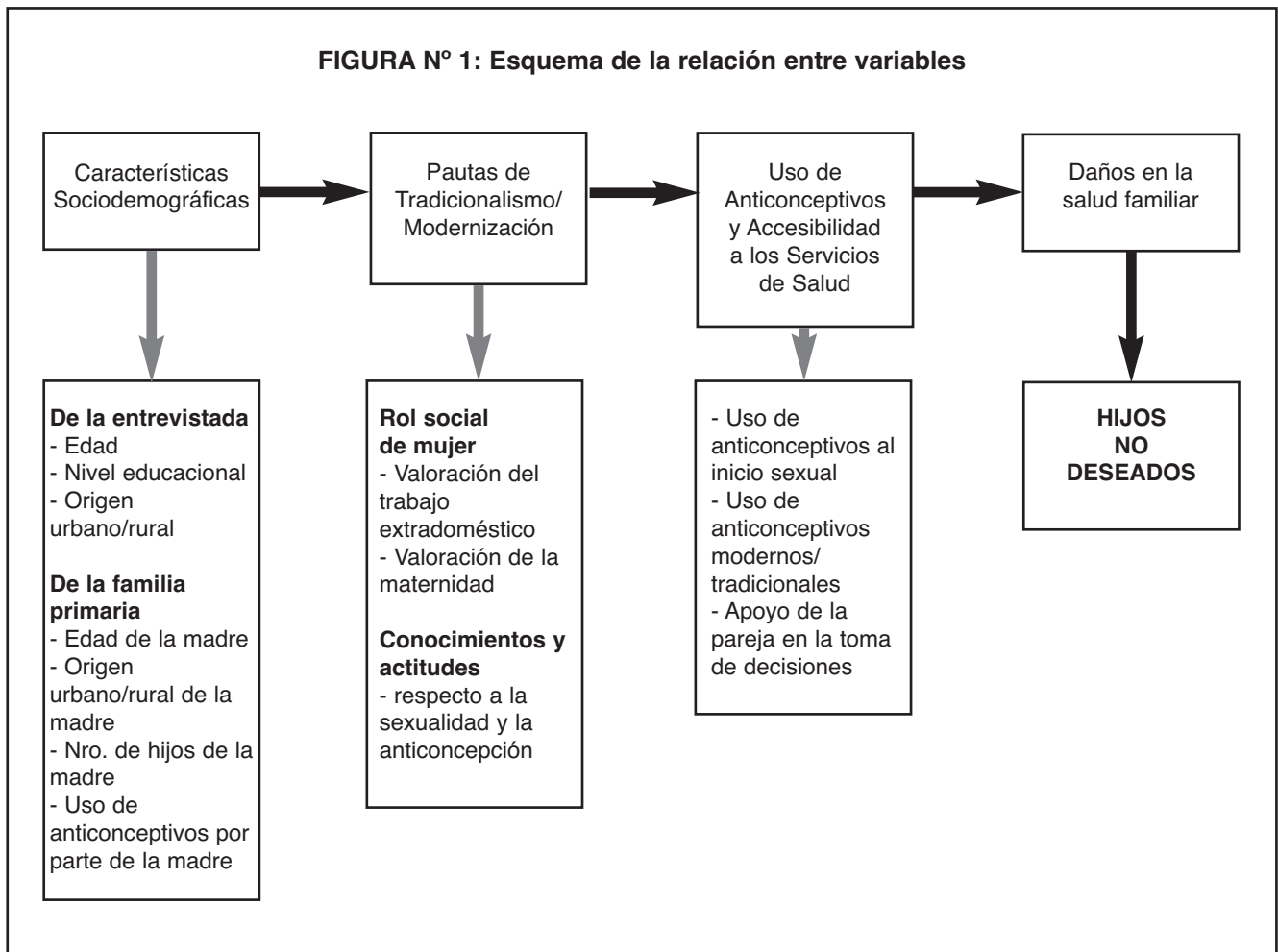
1. Focalización, objetivo y método

Esta investigación se focaliza en la temática de la anticoncepción y el objetivo general es establecer la relación entre el riesgo psicosocial familiar —derivado de factores como los conocimientos, representaciones sociales, valores, actitudes y pautas de interacción intra y extra familiar— y los daños en la salud familiar vinculados a la anticoncepción: el hijo «no deseado».

Se aplicó una encuesta psicosocial a todas las mujeres (124) que asistieron por primera vez a un Consultorio de Planificación Familiar de un centro de salud ubicado en un barrio de monoblocks en la zona oeste del gran Buenos Aires —característico de los sectores populares urbanos— entre junio de 1990 y julio de 1991 (ver Figura N° 1, abajo).

Se considera que las variables propias de la estructura sociodemográfica se relacionan con otras de tipo actitudinal —pautas de tradicionalismo/modernización— y conductual —uso de métodos anticonceptivos— que son mediadores entre dicha estructu-

FIGURA N° 1: Esquema de la relación entre variables



ra y los daños en la salud considerados —los hijos no deseados—.

La variable «edad» se relaciona con variables sociodemográficas como la educación, el origen urbano o rural de las madres, a la vez que con pautas de modernización y será la variable considerada como independiente, para este trabajo.

2. Hipótesis

A partir de este planteo se partirá de las siguientes hipótesis de trabajo: Las mujeres más jóvenes en relación a las de mayor edad:

1. Tendrán pautas más modernas en cuanto al rol social de la mujer —valorarán el trabajo extradoméstico, más que la maternidad, como una forma de realización personal—.

2. Contarán con más recursos personales —conocimientos, representaciones sociales y actitudes favorables en relación a la anticoncepción— para lograr un control eficaz de la misma.

3. Usarán métodos anticonceptivos en mayor proporción, más tempranamente, prefiriendo los modernos a los tradicionales, contando con mayor apoyo por parte de sus parejas y estableciendo una más adecuada relación médico-paciente, basada en la confianza.

4. Tendrán menos hijos no deseados.

Se presentará, también, información adicional sobre otras variables que permitan comprender más adecuadamente la relación mencionada.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos se presentarán discriminados por grupos de edad: I: de 15 a 19 años; II: de 20 a 29 años; III: de 30 y más años.

Se utilizó el coeficiente de asociación Gama (g).

1. Características sociodemográficas de las mujeres

El 18 % de las entrevistadas contaba entre 15 y 19 años, el 53 % entre 20 y 29 años y el 32 % entre 40 y 41.

El nivel educacional resultó estar medianamente asociado con la edad de las entrevistadas ($g = 0,35$). El 48 % finalizó sus estudios primarios (I: 53 %, II: 52 %, III: 41 %) siendo el porcentaje de las que no alcanzaron este nivel considerablemente más alto en el grupo III (I: 11 %, II: 18 %, III: 41 %). El 23 % cursó estudios secundarios incompletos siendo mayor el porcentaje en el grupo de mujeres más jóvenes (I: 37 %, II: 24 %, III: 15 %), aunque en su mayoría hicieron sólo uno o dos años.

El origen urbano-rural está fuertemente asociado con la edad ($g = 0,69$). El 65 % nació en la Capital Federal o gran Buenos Aires, el área urbana más importante del país, siendo esta proporción marcadamente superior entre las mujeres más jóvenes (I: 95 %, II: 73 %, III: 36 %).

El 95 % inició sus relaciones sexuales en la adolescencia —la media se ubica en los 16 años—, el 71 % tuvo su primer hijo antes de los 20 años, sien-

do la media de 17,6. El 72 % formó una pareja estable con la que convivió antes de los 20 años —media 17,9— y el 43 % lo hizo estado embarazada o habiendo tenido hijos de la misma pareja, sin mayores diferencias por grupos de edad. El 89 % vive actualmente en pareja.

2. Familia primaria de la mujer

Como es de suponer, la edad de las madres —o la que tendrían si vivieran en el caso de las fallecidas— aumenta según la edad de las mujeres encuestadas ($g = 0,85$). Un 79 % de las madres de las mujeres del grupo I tiene menos de 50 años (II: 57 %; III: 8 %).

Hay un mayor porcentaje de madres de las mujeres del grupo I que nacieron en la Capital Federal o Gran Buenos Aires (37 %), en relación a las de grupo II (11 %) y el III (10 %), que lo hicieron, mayoritariamente, en el interior del país o en países limítrofes, habiendo asociación entre el origen urbano-rural de las madres y la edad de las entrevistadas. ($g = 0,35$).

El 89 % de las familias primarias de las entrevistadas estaba formada por 4 hijos o más —siendo la media igual a 6,1 hijos—, no encontrándose diferencias por edad de las mujeres ($g = 0,14$). Esta media es marcadamente superior a la media de hijos tenidos por las entrevistadas —3 hijos— aunque debe considerarse que aún se hallan en edad fértil y dicha media podría aumentar al finalizar esa etapa, en especial entre las más jóvenes. La media de hijos tenidos por las entrevistadas, obviamente aumenta con la edad de las mujeres (I: 1,3; II: 2,7; III: 4,4).

La media del número ideal de hijos —que es de 3,1— es menor que la media de hijos que tuvieron sus madres por lo que parecería que la expectativa es tener menos hijos que sus madres, y aunque las mujeres del grupo III tienen más hijos de lo que consideran ideal, las de los otros grupos aún no han alcanzado el número que desean.

Se les preguntó a las entrevistadas si sus madres usaron algún método anticonceptivo. Aún teniendo en cuenta que podrían haberlos usado sin que las entrevistadas lo supieran —hubo un alto porcentaje de «no sé», aclarando que «esos temas no se trataban en la casa»— el 38 % contestó que habían utilizado siendo mayor el porcentaje entre las del grupo I (52 %) que en los otros (II: 41 %; III: 26 %) ($g = 0,30$).

Es de señalar que el hecho de que las hijas lo sepan «legaliza» el hecho de usarlos y puede ser interpretado como una «autorización» para hacer lo mismo, funcionando como una norma subjetiva a seguir.

3. Rol social de la mujer

3.1 Valoración cognitiva del trabajo extradoméstico

El 72 % de las mujeres, sin mayores diferencias por grupo de edad, no trabaja actualmente ($g = 0,03$) aunque el 94 % lo hizo anteriormente. La mayoría de

las que dejaron de trabajar lo hicieron a raíz del cuidado de los hijos unido al hecho de que sus parejas «no las dejan trabajar» y a la propia valoración del trabajo por parte de las mujeres.

Según información obtenida del material cualitativo, la mayoría de estas mujeres consideran que lo más importante para una mujer es «*ser madre*», «*su hogar y sus hijos*». Aceptan que las mujeres trabajen «*si lo necesitan económicamente*», pero de las que lo hacen por vocación y deciden no tener hijos o limitar su número, opinan «*me parece mal porque los hijos son lo más lindo que hay*».

Juzgan a una mujer como «buena» a «la que atiende a sus hijos, a su hogar, que cuando dice que va al hospital va, y no que va a otro lugar», «la que se queda en la casa, atendiendo a su familia, que no es de salir, de andar en casa de los vecinos».

Puede decirse que tienen una valoración cognitiva positiva del trabajo doméstico —que incluye el cuidado de los hijos— más que del extradoméstico, ya que el primero contribuye a la afirmación del rol social como mujer, según su propia definición.

3.2 Valoración cognitiva de los hijos y la maternidad

Estas mujeres tuvieron un promedio de 3 hijos por mujer que aumentan con la edad de las mujeres (I: 1,3; II: 2,7; III: 4,4).

El 63 % no piensa tener más hijos aumentando el porcentaje a medida que aumenta la edad (I: 37 %; II: 56 %; III: 63 %). Los principales motivos por los que no quieren tener más hijos se relacionan con los problemas económicos (56 %) y la vivienda inadecuada (31 %). Luego mencionan el tener muchos hijos (38 %) —porcentaje que es mayor en el grupo III (54 %)—, problemas de salud (23 %) —cesáreas anteriores, abortos recientes, hijos con problemas—. En menor medida se refieren al deseo de espaciar los nacimientos (7 %), a problemas familiares y de pareja. Algunos comentarios que ilustran estas situaciones fueron presentados en un trabajo anterior (Climent y Arias 1993).

Estas respuestas muestran otra cara de la situación: hay dificultades derivadas de las condiciones materiales de vida que determinan que un hijo más represente un problema y por lo tanto se da una valoración cognitiva negativa que entra en contradicción con lo expuesto más arriba.

En cuanto al número ideal de hijos la media es de 3,1 hijos siendo de 3 en los grupos I y II y de 3,3 en el III ($g = 0,33$), lo que mostraría que existe la expectativa a tener menos hijos entre el grupo de mujeres más jóvenes. Comparando las medias del número de hijos tenidos y las de número ideal de hijos se observa que las más jóvenes que son las que en mayor proporción piensan tener otros hijos, la media de hijos es menor que la de número ideal de hijos. En el grupo II las medias se acercan pero el número de hijos es aún inferior al número ideal. En el III la media de hijos supera ampliamente a la de hijos ideales.

Como se ve al tomar la decisión de controlar la fecundidad las mujeres deben enfrentar esa contradicción interna entre tener un hijo por la satisfacción que les brinda —aumenta su autoestima, da sentido a su vida— o no tenerlo por las complicaciones que les acarrea.

4. Recursos personales en relación a la anticoncepción

4.1 Conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción

El 58 % de las entrevistadas tenía información acerca de la menstruación antes de tener la menarca pero ese porcentaje es mucho mayor en el Grupo I (95 %) (II: 68 %, III: 23 %) ($g = 0,80$). La madre y la escuela son las fuentes de información más mencionadas que, acorde a los datos anteriores, tuvieron mayor presencia en el grupo I y muy escasa en el III.

En cuanto a la calidad de la información se tiene que sólo el 46 % conocía la relación entre el embarazo y la menstruación antes de la menarca o se la explicaron en ese momento. El porcentaje es de apenas 26 % en el grupo III (I: 58 %, II: 55 %) ($g = 0,43$). Luego no es de extrañar que el 19 % recién se enterara al quedar embarazada siendo mayor el porcentaje en el grupo III (33 %) que en los otros (I: 16 %, II: 12 %).

Cuando se refieren a lo que le habían informado la mayoría de las respuestas se refieren a lo «normal» del proceso y a la higiene. La referencia a la relación entre menstruación, relaciones sexuales y embarazo aparece más en el grupo de mujeres de los grupos I y II, pero son mucho más escasas que las anteriores respuestas. Algunos ejemplos son:

«*Que me iba a salir sangre todos los meses, que no me asustara*».

«*Que me tenía que lavar pero que no me podía bañar ni mojar la cabeza*».

«*Que me tenía que cuidar de los hombres, que no jugara con los varones*».

En la escuela recibieron información algo más completa apoyada, a veces, en materiales audiovisuales. Sin embargo cabe preguntarse cómo son transmitidos los mensajes ya que algunas entrevistadas dicen no recordarlos.

La creencia en que «la mujeres que tienen relaciones sexuales esporádicamente o una sola vez no pueden quedar embarazadas» puede ser la causa de embarazos no deseados. Si bien la mayoría (82 %) opina que pueden quedar embarazadas —aunque una buena proporción da respuestas incorrectas acerca del por qué sucede esto— el porcentaje es menor entre las mujeres de menor edad (I: 74 %, II: 82 %, III: 87 %) ($g = 0,25$).

Como ejemplo de las que dan motivos incorrectos dicen que pueden embarazarse porque:

«*Cada vez que se tienen relaciones se junta el óvulo con el espermatozoide*».

«*El espermatozoide es más fuerte al no tener relaciones tan seguido*».

«No tiene que ver con el número de veces sino con el destino».

Las que opinan que no pueden embarazarse lo fundamentan en la experiencia o no le encuentran explicación:

«Por una vez no se puede».

«Tardé ocho meses en quedar».

«No se puede tan enseguida».

Además el 32 % de las entrevistadas lo supo porque quedó embarazada por tener relaciones esporádicas, ocurriéndole al 46 % de las del grupo III y al 26 % de las de los grupos I y II.

El 85 % considera que «la mujer que amamanta puede quedar embarazada», siendo menor el porcentaje en el grupo I (74 %) (II: 82 %, III: 87 %) ($g = 0,4$), aunque la mayoría no sabe por qué. El 30 % se embarazó mientras amamantaba, siendo el porcentaje algo mayor entre las mujeres de los grupos II y III. Es decir que la experiencia propia fue la lamentable forma de incorporar este conocimiento.

Sólo un 23 % respondió correctamente respecto al período fértil —momento del mes en que la mujer puede quedar embarazada—, siendo el porcentaje algo menor en el grupo I (16 %) en relación a los otros (II: 27 %, III: 21 %), aunque no se observa asociación con la edad ($g = 0$).

Se preguntó «¿Qué es la ovulación?» con la expectativa de obtener una respuesta que conectará la ovulación con la fertilidad. Sólo un 15 % dio una respuesta correcta (I: 5 %; II: 18 %; III: 8 %), observándose una débil asociación con la edad ($g = 0,2$).

En cuanto al conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos los más mencionados son los orales (98 %), el dispositivo intrauterino (96 %), los preservativos (82 %), los inyectables (78 %) y el coito interrumpido (71 %). Las mujeres mencionan, como promedio, 5,5 métodos sin mayores diferencias por grupos de edad.

Pero el desconocimiento es generalizado respecto a cómo operan los diferentes métodos anticonceptivos para evitar los embarazos. La mayoría dice no saber o da respuestas incorrectas respecto de las pastillas (93 %) y las inyecciones (97 %) desconociendo cómo modifican el ciclo menstrual. Por ejemplo dicen que «matan al óvulo», «reducen la fertilidad del óvulo», «matan el esperma», «matan el embarazo», «matan los bichos del hombre que tiene el semen».

Tanto respecto a las pastillas como a las inyecciones es algo mayor el porcentaje de respuestas incorrectas en el grupo de mayor edad ($g = 0,5$ y $0,2$ respectivamente).

También hay confusión en cuanto a cómo tomar las pastillas o cómo se aplican las inyecciones.

Respecto al dispositivo intrauterino sólo un 12 % puede describir cómo es, un 32 % dónde se coloca, y un 5 % cómo evita el embarazo. Los porcentajes son menores en el grupo I pero no se encontró asociación con la edad ($g = 0,01$ para el último ítem).

4.2 Actitudes hacia los métodos anticonceptivos

Cuando se preguntó si alguno de los métodos es per-

judicial para la salud el 75 % (I: 68 %, II: 73 %, III: 85 %) mencionó por lo menos a uno. Los más mencionados fueron las pastillas por los numerosos trastornos que pueden ocasionar.

Un 34 % considera que hay métodos que pueden dejar estéril a la mujer (I: 37 %, II: 36 %, III: 28 %) mencionándose a pastillas, inyecciones, DIU.

Hay un 54 % que opina que pueden producir malformaciones en los futuros hijos —pastillas e inyecciones—, en especial si se siguen usando sin saber que están embarazadas (I: 74 %, II: 45 %, III: 59 %).

A un 52 % de las entrevistadas hay algún método que les produce temor, refiriéndose a las pastillas, las inyecciones y el DIU por las enfermedades que pueden producir en las mujeres o en sus hijos (I: 26 %, II: 44 %, III: 51 %), pero también por la ineficacia de los mismos, agregándose, en este caso, otros métodos como el coito interrumpido y los preservativos.

Tomando en cuenta a las que dieron por lo menos una de las anteriores respuestas se tiene que el 90 % tiene una actitud de desconfianza respecto a alguno de los anticonceptivos. (I: 89 %, II: 86 %, III: 95 %). No se observa una clara tendencia ni marcadas diferencias entre los distintos grupos ($g = 0,2$).

Esta actitud de desconfianza se da especialmente respecto a los anticonceptivos orales inyectables y el DIU que, dentro de los anticonceptivos modernos, son los más utilizados por estas mujeres —ya que eran los que se ofrecían en el centro de salud—.

A esto hay que añadirle que hay un 63 % que considera que hay métodos caros (I: 46 %, II: 74 %, III: 54 %) entre los que identifican a las pastillas, inyecciones y el DIU.

4.3 El aborto como medida de control de la natalidad

El aborto es un medio utilizado para regular los nacimientos, por lo que se lo incluye en la temática de los métodos anticonceptivos, si bien no es uno de ellos.

El tema se abordó preguntando «¿Cuando las mujeres tienen un atraso menstrual y tienen miedo de estar embarazadas qué acostumbran a hacer?».

Un 49 % opina que suelen consultar al médico y un 6 % hacerse un análisis, respuestas que se refieren al uso del sistema formal de atención, que consideradas conjuntamente son más altas en el grupo I (68 %), (II: 53 %, III: 52 %).

Un 40 % dice que las mujeres se aplican inyecciones «para que baje la menstruación». Aclaran «si están embarazadas produce aborto, si es atraso, normaliza» (I: 32 %, II: 39 %, III: 44 %). El 22 % (I: 11 %, II: 29 %, III: 31 %) dicen que las mujeres acostumbran a tomar pastillas y los motivos son los mismos que en el caso anterior. Consideradas conjuntamente estas respuestas son más frecuentes en el grupo III. En ambos casos comúnmente no son recetadas por un médico.

Tomar infusiones es otra práctica difundida (23 %) principalmente en los grupos II y III (I: 5 %, II: 24

%, III: 31 %). Se toman con la misma finalidad que en los casos anteriores —atrasos, abortos—. Mencionan té de orégano, perejil, ruda, ajeno, «mil hombres», etc.

Esto lleva a pensar que hay métodos anticonceptivos considerados «abortivos» cuyo conocimiento debe estar difundido en especial entre las mujeres de mayor edad y por ende con mayor experiencia en comportamientos anticonceptivos ($g = 0,20$). Más allá de su eficacia, esto habla de un bagaje de conocimientos y recursos disponibles con los que estas mujeres cuentan y a los que recurrirían para solucionar un problema como el de un embarazo no deseado.

Sin embargo los abortos son considerados como peligrosos por todas las entrevistadas: «se puede ir en sangre», «pone en riesgo su vida», «queda mal psicológicamente», «una vecina murió de infección», «una chica casi muere porque le perforaron el útero». Esto se da en especial si se los efectúa con métodos caseros —la sonda, pastillas, inyecciones, infusiones, agujas de tejer, tallos de perejil y baños de vapor—. Sólo un 12 % dice que no oyó hablar de ningún método casero para hacerse abortos, siendo mayor el porcentaje en el grupo I (21 %) (II: 14 %, III: 5 %) ($g = 0,45$).

La creencia en que el aborto de un embarazo de poco tiempo no es considerado como tal —o por lo menos no es tan censurable— lo demuestra el hecho del uso indistinto de las inyecciones, pastillas y tes para regularizar un atraso menstrual o para un aborto.

En relación a la aceptabilidad del aborto provocado se tiene que el 42 % considera que no se debería permitir el aborto en ninguna circunstancia siendo mayor el porcentaje en el grupo I (53 %) (II: 42 %, III: 36 %), aunque la diferencia no puede ser explicada mayormente por la edad ($g = 0,17$).

Las situaciones en las que se debería permitir el aborto son en orden de frecuencia: la violación —en especial si se trata de menores—, los problemas de salud de la madre o el niño, el hecho de tener muchos hijos, problemas económicos o de vivienda, el caso de mujeres solas, en especial si son jóvenes o no cuentan con el apoyo familiar y los problemas familiares y de pareja. No se justifica el aborto en caso de «mujeres casadas con pocos hijos» por el sólo hecho de que así lo desean.

Ante la pregunta «muchas mujeres no le dicen al médico que se hicieron un aborto», ¿por qué puede ser esto?, un 37 % dice que se debe al «miedo» dado que «puede ir presa», «está prohibido», «es ilegal», «es un delito», «las pueden denunciar». Es decir que lo que se teme es una sanción formal. Otro grupo (36 %) se refieren al miedo a las sanciones pero de carácter más informal: «a que les digan algo», «a que las reten», «a que les pregunten por qué lo hizo». Por último un 23 % alude a que no lo dicen por «vergüenza» y las respuestas reflejan una valoración moral: «está mal hacerlo», «es un pecado».

Si se observa que son más las respuestas que aluden al miedo a la sanción que a la vergüenza

podría considerarse que hay cierta justificación y tolerancia respecto al aborto.

5. Uso de métodos anticonceptivos y servicios de salud

5.1. Uso de anticonceptivos al inicio sexual

El 60 % no utilizó ningún método anticonceptivo al inicio de sus relaciones sexuales aunque no quería embarzarse. (I: 63 %; II: 64 %; III: 69 %). Un 15 % no utilizó anticonceptivos porque quería quedar embarazada y un 24 % los utilizó siendo el porcentaje más alto entre las más jóvenes (I: 37 %; II: 24 %; III: 18 %) ($g = 0,26$). Los métodos utilizados fueron en su mayoría los llamados «tradicionales» —preservativo, coito interrumpido—, siendo seguido por los anticonceptivos orales.

Entre las que no querían embarazarse y no usaron ningún anticonceptivo, las principales razones para no hacerlo están referidas a la falta de conocimientos: «No sabía que existían» (39 %), «No sabía cómo usarlos» (20 %) que en conjunto hacen un 59 % de respuestas. Pero mientras el 77 % de las mujeres del grupo III dan este tipo de respuestas, el porcentaje es de sólo 25 % en el I.

Un 22 % respondió que «pensaba que no iba a quedar embarazada», hecho relacionado con la prevalencia de cierto pensamiento mágico entre los jóvenes —«si no quiero no va a suceder»—. Un 8 % dice que «no se lo planteó», vinculado con la tendencia entre los jóvenes a no anticipar la posibilidad de relaciones sexuales.

Entre las que dan otras respuestas se destacan las siguientes, que hacen referencia a la utilización supuesta de un método anticonceptivo: «Después iba al baño a tirar todo», «Esperaba a tener un atraso y tomaba la 'dos días'» (pastilla que es un regulador de la menstruación).

5.2. Uso de métodos anticonceptivos tradicionales/modernos

Cuando acceden a la consulta sólo el 12 % declara que nunca había utilizado métodos anticonceptivos, siendo el porcentaje algo mayor en el grupo de mujeres más jóvenes (I: 16 %, II: 11 %, III: 13 %).

Los más mencionados son los anticonceptivos orales (56 %) habiendo sido usados sólo por el 5 % del grupo I. El 48 % ha recurrido al coito interrumpido, el 31 % a los preservativos, el 16 % a inyectables y en un 10 % se mencionan otros métodos.

Se tiene que en promedio han utilizado 2,1 métodos por persona (I: 1,3, II: 2, III: 2,5). Esto habla de una alternancia de métodos en el curso de la vida fértil que va aumentando con la edad.

Si se agrupan los métodos en modernos —orales, inyectables, óvulos, diafragma, dispositivo intrauterino, jaleas— y tradicionales —coito interrumpido, preservativos, ritmo, lavajes, infusiones, abstinencia— se tiene que el 19 % de las mujeres sólo utilizó métodos tradicionales (I: 21 %; II: 20 %; III: 13 %), el 25 % utilizó sólo métodos modernos (I: 32 %,

II: 42 %; III: 56 %) y el 46 % ambos tipos (I: 32 %; II: 42 %; III: 56 %). No se observa una tendencia a usar más los métodos tradicionales o modernos según la edad ($g = 0,02$).

Expresado de otra manera el 65 % de las mujeres utilizó métodos tradicionales —como único método— o alternativamente con otro moderno —ya sea como método único o no— (I: 63 %; II: 68 %; III: 74 %), aumentando la proporción de ambos métodos a medida que aumenta la edad.

5.3 Rol de la pareja en la toma de decisión

Para conocer la representación social que las mujeres tienen del apoyo que pueden esperar del sexo opuesto se preguntó «En general ¿los hombres se desentienden del tema de los anticonceptivos?». El 68 % respondió afirmativamente. (I: 63 %; II: 67 %; III: 72 %), no siendo las diferencias significativas ($g = 0,05$).

Cuando se les pregunta concretamente si su pareja se desentiende del uso de anticonceptivos un 48 % responde afirmativamente (I: 42 %; II: 47 %; III: 51 %) ($g = 0,16$), aunque el 89 % está de acuerdo en que la mujer utilice algún método (I: 95 %, II: 91 %, III: 82 %). Es decir que aunque hay acuerdo y hasta presión para que la mujer «se cuide», al acompañamiento de esta decisión se da en menos de la mitad de los casos, siendo un poco más alto en las mujeres más jóvenes. La mujer se encontrará sola cuando decida usar un método anticonceptivo, pauta que puede funcionar como una norma subjetiva para la mujer dada la expectativa de su pareja.

5.4 La relación médico-paciente

La relación que se establece con el médico, en la que debería prevalecer la confianza y se encontrara un apoyo en la toma de decisión sobre anticoncepción, se ve perturbada en muchas ocasiones. Así se tiene que sólo el 69 % responde afirmativamente ante la pregunta «¿Cuando no entiende lo que el médico le explica usted se anima a preguntarle?» siendo algo mayor en el grupo de más edad. (I: 68 %; II: 67 %; III: 74 %). Las razones para no pedirle explicaciones son de dos tipos. Unas hacen referencia a características personales que implican desvalorización de sí mismas: «*Me da vergüenza no entender y no estar informada*», «*Entiendo la mitad; después le pregunto a mi mamá*», «*Porque por más que me explique no lo voy a entender*», «*No quiero que sienta que soy una molestia*».

Las otras razones se centran en las características o conductas del médico: «*No entiendo los términos que utiliza*», «*Tengo miedo a que me conteste mal*», «*Nunca explica ni pregunta nada*», «*Siempre está apurado*».

En la atención ginecológica la cuestión del pudor es de fundamental importancia y debe ser considerada por los profesionales. Hay un 56 % de entrevistadas que manifiesta que «cuando va al ginecólogo se siente nerviosa, molesta», siendo el porcentaje bastante más elevado en el grupo I, que son las que menos experiencia tienen en este tipo de consulta (I: 69 %; II: 53 %; III: 56 %). La mayoría da como razón

el sentir vergüenza y, en menor medida, miedo «*al dolor*», «*a que le hagan algo al bebé*», «*a que me diga que estoy embarazada*», «*a que me rete porque no me cuidé y quedé embarazada*».

6. Los daños a la salud familiar: los hijos no deseados

Cabría centrarse ahora en la coherencia entre la expectativa de no tener un hijo y de la conducta anticonceptiva adoptada, incluyendo el éxito o el fracaso en el uso de métodos anticonceptivos, y para ello se ha relacionado el deseo consciente de embarazarse con el uso de métodos anticonceptivos.

Relacionando la intención de embarazarse y el uso de métodos anticonceptivos en relación a cada uno de los 369 hijos que en total tuvieron estas mujeres se obtuvieron los siguientes resultados sin marcadas diferencias por grupos de edad:

- Quería embarazarse y no usaba métodos anticonceptivos 50 %.
- Quería embarazarse y usaba métodos anticonceptivos 4 %.
- No quería embarazarse y usaba métodos anticonceptivos 15 %.
- No quería embarazarse y no usaba métodos anticonceptivos 31 %.

La primera situación muestra una conducta congruente con la intención; la segunda es una conducta incongruente que hace pensar en la ambigüedad de las intenciones o tal vez la pregunta «¿Quería embarazarse?» se interpreta como si aceptó el embarazo.

La tercera muestra una conducta congruente con la intención pero que fracasó. En la mayoría de los casos el método utilizado era el de los anticonceptivos orales y en menor medida los inyectables.

La última situación muestra incongruencia entre la conducta y la intención explicable por el desconocimiento, los temores, los prejuicios y la falta de acceso a los métodos anticonceptivos y a los efectos de salud que brinden servicios de anticoncepción. En total un 46 % de los hijos fueron «no deseados». Esta es justamente la situación que se quiere evitar actuando con criterio preventivo.

Si se contabiliza el número de mujeres que pasaron por la experiencia de tener hijos no deseados se tiene que el 27 % tuvo sólo hijos deseados (I: 42 %, II: 27 %, III: 21 %), un 16 % tuvo sólo hijos no deseados (I: 32 %, II: 20 %, III: 3 %) y un 53 % pasó por ambas experiencias (I: 16 %, II: 52 %, III: 74 %), no encontrándose asociación según la edad de las mujeres ($g = 0,01$).

Expresado de otra manera se tiene que el 69 % de las mujeres pasó por la experiencia de la maternidad no deseada, siendo menor la proporción entre las mujeres de menor edad (I: 47 %, II: 71 %, III: 77 %) ($g = 0,20$).

SÍNTESIS, COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La decisión de controlar la fecundidad implica nuevas metas y nuevas conductas no sólo por parte del

individuo sino del grupo social. Los cambios relacionados con el área social son lentos y conflictivos porque significan remover actitudes y valores muy arraigados en los seres humanos. En este grupo social, la decisión de tener pocos hijos significa revertir pautas tradicionales ya que las mujeres provienen de familias numerosas, con un promedio de 6,1 hijos, por lo que llegar a usar un método anticonceptivo implica un proceso complejo, con múltiples condicionantes y consecuencias.

Sintetizando lo expuesto se tiene que estas mujeres, pertenecientes a los sectores populares urbanos:

- enfrentan la responsabilidad de la maternidad y la formación de la familia a una temprana edad.
- enfrentan la contradicción entre el deseo de tener hijos —porque refuerza su autoestima y su valoración social— y no tenerlos —por las inadecuadas condiciones materiales de vida que padecen—.
- están desinformadas o malinformadas en muchos aspectos de la sexualidad en general y de la anticoncepción en particular.
- tienen actitudes ambivalentes o poco favorables respecto al uso de anticonceptivos.
- no usan métodos anticonceptivos en la medida de lo deseable aún cuando no quieren embarazarse o los usan en forma inadecuada o sin control médico, lo que puede resultar ineficaz y/o perjudicial.
- tienen una alta proporción de hijos no deseados.

Puntualizando las conclusiones en relación a las hipótesis de trabajo no se observa que las mujeres de menor edad tengan una valoración positiva del trabajo extradoméstico en mayor proporción que las de mayor edad ni que éstas tengan una valoración positiva de la maternidad en mayor proporción que las más jóvenes —no hay marcadas diferencias en el número ideal de hijos y los motivos para restringir dicho número son preferentemente de orden económico antes que la valoración de la realización personal a través del trabajo o el rechazo a la maternidad—.

Así resulta que la maternidad es casi siempre el proyecto de vida más importante de estas mujeres, como también fue encontrado en otros estudios realizados en nuestro medio (Llovet y Ramos 1986, Geldstein et. al. 1993, Pantelides y Cerrutti 1992.).

Se confirma parcialmente la hipótesis que sostiene que las mujeres de menor edad tendrán más conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción. Las más jóvenes han tenido información sobre la menstruación antes de la menarca, sobre la relación entre menstruación y embarazo y sobre la posibilidad de utilizar métodos anticonceptivos antes del inicio sexual en proporción marcadamente mayor que las de mayor edad. Estas saben en proporción algo mayor que las más jóvenes acerca de la posibilidad de embarazo durante el amamantamiento o como producto de relaciones sexuales esporádicas —proporción que es alta en todos los grupos—, aunque a menudo lo saben a partir de haber pasado por la experiencia de quedar embarazadas en esas circuns-

tancias. Las mujeres mayores también saben algo más que las de menor edad sobre el momento del ciclo menstrual en el que es probable que se produzca la concepción aunque la proporción es relativamente baja en todos los grupos. A pesar de que en todos los grupos conocen un número importante de métodos anticonceptivos, también en todos los grupos es muy alto el desconocimiento acerca de cómo operan y sobre qué es la ovulación. Si bien las más jóvenes han tenido información acerca de algunos aspectos de la sexualidad y la anticoncepción en mayor proporción que las mujeres de más edad, esta información ha sido inadecuada o incompleta en muchos aspectos.

Tampoco se comprobó que las mujeres más jóvenes tengan una actitud más favorable hacia el uso de anticonceptivos —en todos los grupos se observaron representaciones sociales que muestran a los anticonceptivos como perjudiciales por distintos motivos—.

Las mujeres más jóvenes tienen menos conocimientos sobre métodos para efectuar abortos y son las que en menor proporción opinan que hay situaciones en las que éstos se deberían permitir. Parecería que la experiencia en embarazos no deseados, que se da con la edad, flexibiliza las normas al respecto.

Como se había hipotetizado, el uso de métodos anticonceptivos al inicio sexual se dio en mayor proporción entre las mujeres más jóvenes siendo el desconocimiento de la existencia de dichos métodos o el no saber cómo usarlos un factor decisivo en la diferencia.

Pero las mujeres más jóvenes no utilizan métodos anticonceptivos modernos en mayor proporción que las de mayor edad —considerada la muestra total, los métodos tradicionales han sido usados en proporción algo mayor que los modernos, pero en el grupo de mujeres más jóvenes el uso de los primeros es casi cuatro veces mayor que el de los segundos—.

Las mujeres de menor edad cuentan algo más con el apoyo de sus parejas en la toma de decisión acerca del uso de anticonceptivos si se las compara con las de mayor edad.

Las mujeres más jóvenes no confían más en el médico y así resultan que son las que menos se animan a preguntarle cuando no entienden y son más las que se sienten nerviosas o molestas cuando lo consultan.

Podría suponerse que el mayor nivel educacional alcanzado por las mujeres más jóvenes —más mujeres de este grupo han completado el nivel primario y uno o dos años del secundario— no es suficiente para modificar pautas tradicionales en relación el rol social de la mujer que sigue privilegiando a la maternidad y al trabajo doméstico como proyecto de vida más importante.

La permanencia en el circuito educativo de nivel secundario y mayores expectativas laborales en relación a trabajos más vinculados con la vocación y capaces de ser fuentes de satisfacción personal o mejor retribuidos monetariamente, son factores a

explorar como asociados a las motivaciones de postergar los proyectos de vida centrados en la pareja y la maternidad.

También se vio que hay una mayor circulación de la información en el grupo de mujeres más jóvenes pero no siempre esa información es correcta. Y aunque el uso de anticonceptivos al inicio de las relaciones se da en mayor medida entre las más jóvenes la proporción de hijos no deseados similar en todos los grupos.

Es probable que en la escuela primaria la información sobre distintos aspectos de la sexualidad no se imparta en el momento propicio para que se incorpore tanto cognitiva como emocionalmente de manera que pueda traducirse en comportamientos reproductivos libres de riesgo. Esta información, que debe ir dándose a lo largo de la infancia, necesita ser reforzada en momentos claves como la proximidad del inicio sexual. Pero, para ese momento, este grupo de población ya se encuentra fuera del circuito educativo que sería un ámbito adecuado para captarla.

Parecería que la información —por inadecuada, por insuficiente, o inoportuna— no garantiza por sí sola el éxito de los comportamientos anticonceptivos. La falta de información no evita las relaciones sexuales pero sin ella no es posible tomar medidas preventivas. La educación sexual debe incluir la información junto a las representaciones sociales, valores, actitudes y creencias, de manera que sea posible cambiar o reforzar las pautas de comportamiento individual y social en todo lo referente a la vida sexual, configurando modelos válidos para los jóvenes.

No puede dejar de puntualizarse la necesidad de una infraestructura sanitaria y educacional que permita el fácil acceso a la tecnología anticonceptiva y de educación sexual y a los servicios que la brindan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balan J y Ramos S. *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*. Bs. As. CEDES Publicación N° 29, 1989.
- Becerra Grande A. "Psicología sexual y conducta sexual", en *Psicología Social Aplicada*, comp. Blanco Aguado R, Barcelona, 1986 (pp. 235-265).
- Blos P. *Psicoanálisis de la adolescencia*, Cap. III, Ed. Joaquín Moritz, México, 1987.
- Climent G y Arias D. "Hijos no «deseados», hijos no «deseables». Un análisis en el contexto de las crisis familiares y sociales", en *Cuadernos Médico Sociales* N° 63, Rosario, 1993 (pp. 41-68).
- Do Prado Valladares et al. *Mulheres, participação e saúde: uma experiência*, FLACSO, CNDM, UNICEF, Rio de Janeiro, 1987.
- Geldstein R et al. "Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia", en *Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, CEDES, CENEP, Bs. As. 1993.
- González Santos C et al. "Planificación Social en atención primaria", en *Atención Primaria*, Vol. 6, N° 5, Barcelona, mayo 1989 (pp. 318-322).
- Grilo C. "La experiencia brasileña: La lucha por el vientre libre", en *Revista de la Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe*, N° 1, Santiago de Chile, 1991 (pp. 37-40).
- Harper C. *Embarazo de la adolescente en América Latina y el Caribe*. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región del Hemisferio Occidental. Nueva York, 1989.
- Langlie J. "Social networks, health beliefs and preventive health behavior", en *Journal of Health and Social Behavior*, 1977; 18: 244-260.
- Lobera J (comp.). *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona, Anagrama 1987.
- Llovet J y Ramos S. "La planificación familiar en la Argentina: Salud Pública y derechos humanos", en *Cuadernos Médico Sociales* N° 38, Rosario, Argentina, 1986 (pp. 25-39).
- Palma I. *El embarazo adolescente desde una perspectiva de género*. Santiago de Chile, 1991 (mimeo).
- Pantelides A y Cerrutti M. *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*. CENEP Publi. N° 47, Bs. As., 1992.
- Pérez A. "Pareja conyugal". Jornadas de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 1988.
- Portillo J. *La sexualidad de los adolescentes*. Facultad de Medicina, FNUAP/OPS/OMS, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1992.
- Raczinski D. "Comportamiento Reproductivo y Experiencia de Maternidad", en *Vivir la pobreza*, Santiago de Chile, CIEPLAN, 1985.