

APORTACIONES A LOS ESTUDIOS  
DE LAS SEXUALIDADES,  
LAS IDENTIDADES Y LOS DERECHOS  
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



Adriana Ortiz-Ortega  
Adriana Leona Rosales Mendoza  
(Coordinadoras)

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL



**Aportaciones a los estudios  
de las sexualidades, las identidades  
y los derechos sexuales  
y reproductivos**



# **Aportaciones a los estudios de las sexualidades, las identidades y los derechos sexuales y reproductivos**

*Adriana Ortiz-Ortega  
Adriana Leona Rosales Mendoza  
(Coordinadoras)*



Universidad Autónoma de Baja California



*Aportaciones a los estudios de las sexualidades, las identidades y los derechos sexuales y reproductivos*  
Adriana Ortiz-Ortega y Adriana Leona Rosales Mendoza (Coordinadoras)

Sylvia Ortega Salazar  
*Rectora*

Aurora Elizondo Huerta  
*Secretaria Académica*

Manuel Montoya Bencomo  
*Secretario Administrativo*

Adrián Castelán Cedillo  
*Director de Planeación*

Mario Villa Mateos  
*Director de Servicios Jurídicos*

Fernando Velázquez Merlo  
*Director de Biblioteca y Apoyo Académico*

Adalberto Rangel Ruiz de la Peña  
*Director de Unidades UPN*

Juan Manuel Delgado Reynoso  
*Director de Difusión y Extensión Universitaria*

**Coordinadores de Área Académica:**

María Adelina Castañeda Salgado  
*Política Educativa, Procesos Institucionales  
y Gestión*

Alicia Gabriela Ávila Storer  
*Diversidad e Interculturalidad*

Joaquín Hernández González  
*Aprendizaje y Enseñanza en Ciencias,  
Humanidades y Artes*

Verónica Hoyos Aguilar  
*Tecnologías de la Información  
y Modelos Alternativos*

Eva Francisca Rautenberg Petersen  
*Teoría Pedagógica y Formación Docente*

Diseño y formación: Rayo de Lourdes Guillén

Revisión: Armando Ruiz Contreras

Diseño de portada: Jesica Coronado Zarco

1a. edición 2009

© Derechos reservados por las coordinadoras.

Esta edición es propiedad de la Universidad Pedagógica Nacional, Carretera al Ajusco núm. 24,  
col. Héroes de Padierna, Tlalpan, CP 14200, México, DF [www.upn.mx](http://www.upn.mx)  
ISBN 978-607-413-023-2

BF692.2  
A6.6

Aportaciones a los estudios de  
las sexualidades, las identidades  
y los derechos sexuales y reproductivos  
coord. Adriana Ortiz-Ortega  
México: UPN, 2009 484 p. --

ISBN 978-607-413-023-2

1. Identidad de género 2. Sexualidad 3. Reproducción humana  
4. Violencia de género I. Ortiz-Ortega, Adriana, coord.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra, por cualquier medio,  
sin la autorización expresa de la Universidad Pedagógica Nacional.  
Impreso y hecho en México.

# ÍNDICE

PRÓLOGO .....	7
INTRODUCCIÓN	
<i>Adriana Ortiz-Ortega</i> .....	9
PRIMERA SECCIÓN: GÉNERO Y VIOLENCIA .....	31
PUNTOS DE ENCUENTRO ENTRE MASCULINIDADES, FEMINISMOS Y GÉNERO	
<i>Adriana Ortiz-Ortega</i> .....	33
MUJERES EMPODERADAS, ¿MUJERES MALTRATADAS?: UNA RELACIÓN POR EXPLORAR A TRAVÉS DEL SISTEMA DE SEXO/GÉNERO	
<i>José Antonio Candelas Villagómez</i> .....	95
ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL EN MÉXICO: EXPERIENCIAS DE COLABORACIÓN ENTRE SOCIEDAD Y ESTADO	
<i>Raffaella Schiavon, Olivia Ortiz,     Norma Ubaldi, Erika Troncoso</i> .....	171
SEGUNDA SECCIÓN: SEXUALIDADES, REPRODUCCIÓN Y EROTISMO.....	207
SEXUALIDADES, IDENTIDADES DE GÉNERO Y CUERPO ENTRE MUJERES INDÍGENAS EN CONTEXTOS URBANOS	
<i>Adriana Leona Rosales Mendoza</i> .....	209
HOMOMATERNIDADES Y HOMOPATERNIDADES: LA EXPERIENCIA REPRODUCTIVA DE LAS HOMOFAMILIAS	
<i>María de los Ángeles Haces Velasco</i> .....	249

EROTISMO Y JÓVENES: EL PLACER EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD <i>Yuriria Alejandra Rodríguez Martínez</i> .....	279
<b>TERCERA SECCIÓN: DERECHOS, GÉNERO Y PODER</b> .....	323
GÉNERO, PARENTESCO Y PODER EN LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON VIH-SIDA: DOS ESTUDIOS CUALITATIVOS CON MUJERES MEXICANAS SEROPOSITIVAS <i>Betania Allen Leigh</i> .....	325
APROXIMACIONES METODOLÓGICAS A LAS PERCEPCIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL EMBARAZO Y DURANTE EL PARTO <i>Lourdes Camarena Ojinaga</i> .....	373
LA CONSULTA MÉDICA, ¿UN ESPACIO PARA EJERCER DERECHOS? <i>María del Carmen Castro Vásquez</i> .....	421
A MANERA DE CONCLUSIÓN: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS IDENTIDADES EN EL MARCO DE LA CIUDADANÍA SEXUAL <i>Adriana Leona Rosales Mendoza</i> .....	471
ACERCA DE LAS AUTORAS Y EL AUTOR <i>Betania Allen Leigh</i> .....	479
<i>Lourdes Camarena Ojinaga</i> .....	479
<i>José Antonio Candelas Villagómez</i> .....	479
<i>María del Carmen Castro Vásquez</i> .....	480
<i>María de los Ángeles Haces Velasco</i> .....	480
<i>Adriana Ortiz-Ortega</i> .....	480
<i>Olivia Ortiz Ramírez</i> .....	480
<i>Yuriria Alejandra Rodríguez Martínez</i> .....	480
<i>Adriana Leona Rosales Mendoza</i> .....	481
<i>Erika Troncoso Saavedra</i> .....	481
<i>Raffaella Schiavon</i> .....	481
<i>Norma Ubaldi Garcete</i> .....	481

## PRÓLOGO

Este libro representa la culminación de la tarea conjunta que emprendimos en 2006 la doctora Adriana Ortiz-Ortega y yo,\* la cual tuvo como objetivo ubicar y dar a conocer resultados de investigaciones sobre temas relativos a la construcción sociocultural del género, la sexualidad y otros temas vinculados, específicamente acerca de salud y derechos sexuales y reproductivos. El texto se publica con el apoyo de la Fundación Ford en el marco del proyecto denominado *Researching the Incorporation of Gender and Sexualities in the Academic Curricula* (cuyas coordinaciones, general y de México, corresponden a Adriana Ortiz y Adriana Rosales, respectivamente, contando con la ayuda logística del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, ubicado en Buenos Aires, Argentina). La presente obra constituye un ejemplo del trabajo que desarrollan integrantes de los equipos de investigación de dicho proyecto en cinco países (Argentina, Chile, China, Sudáfrica y México), cuyo objetivo fundamental es contribuir a colocar estos temas en universidades e instituciones de educación superior, así como producir materiales didácticos para el

---

\* Agradezco el apoyo de la becaria de investigación Elvia Verónica Rivas Martínón en la revisión final del libro.

proceso de enseñanza-aprendizaje del enfoque histórico y cultural de las sexualidades.

Los capítulos aquí presentados corresponden a investigaciones que se desarrollaron como parte de tesis de doctorado o de estudios independientes, y nos permiten visualizar el estado de los conocimientos que se producen actualmente en México para dar cuenta de la construcción de las identidades genéricas y sexuales. Todos los artículos son contribuciones novedosas para entender mejor los procesos donde la diversidad ocurre, y representan aportes sustantivos para los estudios del género y la cultura en nuestro país.

En este marco, la Universidad Pedagógica Nacional y el Área Académica: Diversidad e Interculturalidad, a través de la Subdirección Editorial, con el apoyo de las integrantes del Cuerpo Académico: Sexualidades, Género y Ciudadanía y la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), se congratulan en presentar a las y los lectores la presente selección de textos con la intención de fomentar la discusión y la realización de otros estudios sobre estas temáticas, así como de propiciar su inclusión en distintos planes y programas curriculares de universidades e instituciones de educación superior en nuestro país.

Adriana Leona Rosales Mendoza  
Ajusco, septiembre de 2009

## INTRODUCCIÓN

ADRIANA ORTIZ-ORTEGA

**A**portaciones a los estudios de las sexualidades, las identidades y los derechos sexuales y reproductivos recoge búsquedas interdisciplinarias elegidas para abordar problemas sociales que, por su complejidad y por el reto conceptual y metodológico que plantean, hasta muy recientemente comienzan a ser abordadas dentro del ámbito académico latinoamericano.

Este libro, escrito desde México gracias al florecimiento de los estudios sobre las sexualidades, los derechos y la salud sexual y reproductiva, muestra que este campo se encuentra en una transformación que es importante documentar. El reconocimiento de dicha transformación nos lleva a argumentar la necesidad de superar cualquier enfoque basado en comportamientos individuales o que conlleve una perspectiva medicalizadora que considere que lo que ocurre en el terreno de las sexualidades y la reproducción es esencialmente un fenómeno biológico.

En contraste, es necesario referirse a cómo las relaciones sociales construyen las prácticas, discursos y políticas en el terreno de la(s) sexualidad(es) y la(s) reproducción(es) biológica y asistida. Por ello, los estudios que componen el presente libro llaman la atención sobre el cruzamiento entre esferas públicas y privadas que persiste en torno a la sexualidad y la reproducción; destacan que debe expandirse la comprensión de que las prácticas, acciones

y elecciones de comportamiento individual en relación con las sexualidades y la reproducción suceden dentro de un entramado donde, por un lado, existe una fuerte disociación entre prácticas y deseos (Vance, 1989); y, por otro lado, se insiste en que los individuos se apropian de sus derechos a través de los movimientos sociales y de la acción ciudadana que construye su propia identidad sexual a través del ejercicio de los derechos.

El punto de partida de esta obra es la literatura reciente sobre sexualidades que pone en entredicho la visión normalizadora de la sexualidad y duda de la construcción arquetípica de pretensiones universales sobre lo que significa ser “hombre”, “mujer”, “joven” o “adolescente”, por sólo mencionar algunos conceptos (Butler, 2006). Nos encontramos en un contexto en el cual es necesario continuar profundizando y entendiendo cómo las prácticas y los discursos influyen en la construcción del deseo sexual, el acceso a los servicios o la propia elaboración de las nociones de derecho. Este libro explora la distancia entre las construcciones subjetivas del derecho y las nociones sobre derechos que los estados ponen en práctica. De este modo se puede evidenciar no sólo un proceso de transformación de las identidades, sino las ambigüedades que los sujetos experimentan en medio de la expansión de un enfoque de los derechos humanos que el Estado mexicano ha iniciado para reconocer los derechos de las personas cuyas preferencias sexuales difieren de la norma, o bien, para expandir las opciones tanto para regular la fertilidad como para tener hijos e hijas de manera asistida.

Entender las dimensiones sociales que perfilan los escenarios en los cuales se construyen nuevas identidades, desde la diversidad y el ejercicio de los derechos a la salud, y la constitución de arreglos familiares diversos, requiere incluir una revisión profunda de cómo se desenvuelven las relaciones de género. Por ello, como el título de este libro sugiere, los ensayos se encuentran en la intersección que componen los estudios de las identidades, la diversidad sexual, los derechos, el género y las relaciones de poder. Podría decirse que estos estudios son –junto con otros más que comienzan a aparecer– el preámbulo de un nuevo paradigma que está por escribirse y que busca consolidar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como punto de referencia de una renovada relación entre el Estado y la sociedad civil.

Para contribuir a la gestación de este nuevo paradigma, el presente texto llama la atención sobre la centralidad del reconocimiento de la diversidad familiar que ocurre en el mundo globalizado como expresión de un nuevo orden social, donde las sexualidades alcanzan renovada importancia (Parker *et al.*, 2007). Con el fin de entender el enfoque que caracteriza esta obra, es necesario recordar, en primer término, el cambio de paradigma en el campo de la demografía y el desarrollo que ocurrió en medio de las históricas conferencias organizadas por Naciones Unidas durante la década de 1990: la Conferencia de Derechos Humanos, Viena, 1993; Población y Desarrollo, El Cairo 1994, y la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer, Pekín, 1995. Puede destacarse que fue la solidez del paradigma de la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos –desarrollado en diálogo con los movimientos sociales y los interlocutores de la diversidad sexual y de los derechos de las mujeres– lo que permitió la emergencia de un nuevo acuerdo internacional en materia de población y desarrollo que reorientó la retórica de población y política –con énfasis en imperativos demográficos– hacia un reconocimiento de los derechos de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos. Esta transformación amplió las posibilidades sociales de que las mujeres ejercieran sus derechos al ser estos reconocidos (incluidos los sexuales y reproductivos) como derechos humanos. Como las investigaciones de este libro documentan, se trata de un proceso que se inicia con prácticas divergentes de la norma, muchas veces producto no de la voluntad o el deseo sino de la necesidad. Tal es el caso de las mujeres con VIH-SIDA que deben negociar su identidad; o bien, de las indígenas que migran a la ciudad y encuentran un nuevo escenario en el cual deberán ajustar su visión sobre lo que es su propia sexualidad; o incluso, las nuevas posibilidades que tienen las usuarias de los servicios médicos cuando descubren que es posible acceder a la calidad de la atención o al reconocimiento de la violencia sexual que han experimentado en sus vidas. Se trata, por lo tanto, de un proceso en el cual los individuos y grupos sociales desatan mecanismos de adaptación, sobrevivencia y transformación que ocurren en medio de la tensión que prevalece entre normas convencionales, nuevas legalidades y realidades familiares y sociales cambiantes.

Así, los estudios de campo de este libro muestran que la apropiación de derechos es un proceso que se inicia a través de ajustes entre las prácticas y las normas, más que de un proceso evolutivo que tiene como referencia primordial la transformación de conciencias en la construcción de una identidad divergente. En todo caso, esta transformación gestada, sobre todo desde los movimientos sociales, influye en el espacio público y político permitiendo que los sujetos que no necesariamente son parte de estos movimientos –o a pesar de ser parte de los mismos– deban desarrollar sus propios mecanismos de apropiación frente al incipiente papel que la legalidad tiene aún en el orden familiar, discursivo y moral de sociedades en tránsito hacia la democracia. Detallar el proceso antes descrito es altamente importante cuando se escribe sobre sexualidades, reproducción e identidades en países en vías de desarrollo, pues la literatura escrita en países anglosajones –que suele ser identificada como la vanguardia teórica o metodológica– refiere una transformación más dinámica de las identidades, por lo tanto, se convierte en un referente fundamental, aunque no suficiente, para explicar las realidades latinoamericanas. Por ende, a partir de este reconocimiento es que se resalta la importancia de publicar resultados que surgen de trabajos de campo realizados desde la precaria realidad mexicana.

Resaltar el reconocimiento del desfase entre literaturas es en sí mismo una contribución importante porque rompe con cualquier esquema lineal que suponga que la transformación de las identidades debe tener como antecedente obligatorio la reconstrucción de la conciencia. Por tanto, es de gran importancia no sólo documentar los cambios en los arreglos familiares o de prácticas que ocurren en México, sino mostrar investigaciones que trabajen estas temáticas y establezcan metodologías dirigidas al estudio de las identidades y el largo tránsito hacia la apropiación y ejercicio de los derechos ciudadanos en áreas que pueden oscilar entre la obtención de un servicio, el reconocimiento social o familiar, o bien, la consolidación de un Estado de derecho.

Gracias a los esfuerzos teórico-metodológicos emprendidos por las autoras y el autor de esta obra, podemos afirmar que los cambios en la subjetividad y práctica en el campo de las sexualidades, la salud reproductiva y los derechos, se encuentran inmersos en un proceso que ocurre en medio de

importantes luchas ideológicas. Destacados estudiosos del tema, argumentan que la sexualidad ha emergido como un lugar central de los discursos públicos, y el campo de la salud sexual y reproductiva es motivo de acalorados debates en la actualidad (Worthington *et al.*, 2008).

Lo anterior ha permitido el reconocimiento de distintas identidades genéricas o étnicas por parte de los estados, así como la inclusión de las necesidades de las mujeres, jóvenes, indígenas y otros grupos sociales excluidos dentro de las políticas sociales; es evidente que estos cambios son expresión de la forma como las personas y organizaciones sociales y familiares se reestructuran en medio de cambios globales. Por lo mismo, la transformación de las sexualidades es hoy día objeto de reflexiones tanto como de políticas públicas dirigidas a este cambio. Es en este contexto que surgen nuevas demandas sobre los servicios en virtud de los cambios en las masculinidades, el abierto ejercicio de la sexualidad de los jóvenes o la expansión de las enfermedades de transmisión sexual –como el VIH/SIDA– entre hombres y mujeres, por sólo citar algunos ejemplos que pueden documentarse en este libro.

Cabe destacar, sin embargo, que en la medida que en la academia mexicana han prevalecido aproximaciones cautelosas ante los cambiantes escenarios que hoy día acontecen en el ámbito familiar, sexual y reproductivo, es trascendente contar con un grupo de estudios que ofrezcan una mirada renovada a las mediaciones que ocurren entre la dimensión individual y social, estableciendo la necesidad de educar y transformar respecto al ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Por tanto, los ensayos escogidos muestran no sólo un esfuerzo por establecer puentes entre algunos de los componentes ya considerados “clásicos” de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, sino que realizan un esfuerzo por aterrizar la construcción de las identidades desde la diversidad sexual y genérica dentro de un desarrollo de nuevos esquemas conceptuales, metodológicos y pedagógicos para investigar y enseñar sobre la construcción social de las sexualidades, la(s) reproducción(es) y los derechos. En los años por venir este esfuerzo permitirá estudiar la transformación en la relación Estado-individuos a través de entender cómo son concebidas y atendidas las nuevas demandas y necesidades de grupos sociales emergentes. Esta

obra aborda, en otros casos, la relación entre individuos dentro del campo de las relaciones familiares y laborales, o bien, en términos de las concepciones recientes acerca del ser hombre, tal y como esta posición es vista por distintos actores sociales, resaltando las diferencias y convergencias entre literatura sobre masculinidades y feminismos, por sólo citar algunos de los ejemplos de los contenidos en el presente trabajo.

Las transformaciones discursivas e identitarias validan de manera importante la necesidad de investigar y abordar temáticas relativas al ejercicio de las sexualidades y la reproducción. Entre las aportaciones encontramos también el tratamiento de la violencia física y sexual hacia las mujeres como una violación de derechos humanos; la necesidad de analizar cómo apoyar el empoderamiento de las mujeres como ciudadanía de los derechos; el reconocimiento explícito del ejercicio de la sexualidad por los y las jóvenes; la transformación de las sexualidades entre poblaciones migrantes; el respeto a la diversidad de las identidades sexuales a través del reconocimiento de la existencia de distintas uniones, o el acceder a la justicia a través del acceso a los servicios.

En tanto que el área de exploración de este libro contiene dimensiones pedagógicas, sociales, políticas y religiosas, es importante resaltar que la publicación de la obra por parte de la Universidad Pedagógica Nacional, en colaboración con la Universidad de Baja California, abre la puerta para que nuestros saberes posibiliten desarrollar perspectivas educativas con el fin de formar nuevas generaciones de maestras y maestros o llegar a latitudes que suelen percibirse como lejanas entre sí, pese a estar en un mismo país, debido a las diferentes zonas geográficas y subregiones que coexisten dentro de México. Llegar a las nuevas generaciones o a zonas apartadas del país es una fórmula para renovar el compromiso intelectual y social del Estado mexicano de cumplir los acuerdos nacionales e internacionales dirigidos a otorgar derechos y respeto a distintos sujetos excluidos —en particular las mujeres, los jóvenes y los indígenas— del acceso a los servicios, el reconocimiento, la visibilidad y la seguridad social.

Esta obra ofrece herramientas para comprender ciertos conceptos a través del análisis multidimensional, a la vez que brinda una oportunidad para reflexionar sobre cómo continuar profundizando el entrecruzamiento entre la salud reproductiva —que tuvo como punto de partida un enfoque

epidemiológico— y el ejercicio y concepción de los derechos sexuales y reproductivos. Estudiar estas problemáticas emergentes a través de metodologías cualitativas y cuantitativas, es también objeto de este trabajo.

Abordar el conjunto de problemáticas de transformación de las masculinidades, empoderamiento de las mujeres, ejercicio de la violencia física y sexual, enfermedades de transmisión sexual, emergencia de identidades genéricas y sexuales diversas o acceso a los servicios, enfatizando la perspectiva de género, nos permite no sólo atender las necesidades sexuales y reproductivas de distintas poblaciones, sino entender cómo los ciudadanos y las ciudadanas pueden superar las violaciones a los derechos humanos en el campo de la sexualidad y reproducción. Una aportación del presente libro es el reconocimiento de que las sexualidades son cambiantes y múltiples a lo largo de la vida —expresión de individualidad y transformación social—, y frente a esta postura existe una oportunidad para la renovación curricular desde un enfoque de equidad.

Sintetizando, esta obra tiene un objetivo múltiple: primero, ofrecer una mirada desde diversos planos a problemas sociales emergentes que confirman que no existe una sola y única interpretación de lo que es “salud sexual y reproductiva”, “identidades”, “sexualidades” o “derechos”; segundo, innovar el debate académico a través de búsquedas metodológicas interdisciplinarias que realizan cruces desde disciplinas diversas como son las que aparecen en el mismo: ciencia política, demografía, epidemiología, historia, antropología, sociología y psicología social; tercero, contribuir en los debates educativos desde el reconocimiento de la diversidad familiar y sexual; cuarto, coadyuvar con información académica de utilidad para el diseño de políticas públicas, puntualizando sobre las necesidades de poblaciones que hasta recientemente han sido atendidas, aunque en menor grado —pese a la insistencia de los movimientos sociales—; quinto, insistir en que se aborden estas temáticas en cada uno de los ámbitos antes señalados desde una perspectiva múltiple que lleve a una actuación educativa y a una política eficaz y respetuosa de las garantías individuales y los derechos humanos. De este modo, nuestro libro deja claro que se trata de un campo que requiere ser desmedicalizado y desnaturalizado; esto quiere decir que es indispensable insistir en el análisis de las sexualidades y las reproducciones más allá del tratamiento psicológico o

médico, o el de la moral dominante. Más bien, se requiere reconocer que en estos campos predomina una intersección entre lo público y lo privado que ha sido soslayada. Finalmente, los ensayos que componen este libro ilustran cómo la apropiación de los derechos coexiste con visiones y perspectivas restringidas que permean el quehacer institucional, al mostrar cómo las dimensiones sociales no sólo marcan sino construyen los escenarios por donde transitan la(s) reproducción(es) y las sexualidades.

## DISEÑO DE LA OBRA

La idea de la presente obra surgió de la necesidad de dar a conocer el minucioso trabajo emprendido por algunas investigadoras, el cual tuve el privilegio de asesorar durante el tiempo que estuvieron en elaboración como tesis de doctorado. Tal es el caso de la investigación de Betania Allen sobre mujeres que viven con VIH/SIDA; de Lourdes Camarena, quien propone enfoques metodológicos innovadores sobre calidad de atención; del ensayo de Ángeles Haces sobre familias homoparentales, que es peculiar tanto por abordar familias compuestas por hombres y hombres y mujeres y mujeres como por referirse a la relación de estas parejas con sus hijos; de Adriana Leona Rosales sobre las identidades sexuales de mujeres indígenas. En otros casos, se trata de trabajos en los que fui lectora de tesis, por ejemplo, la investigación de Carmen Castro sobre mujeres que han experimentado el cáncer de mama, o de Yuriria Rodríguez sobre sexualidades adolescentes. Destacar que hoy día es posible estudiar estas temáticas y que las mismas componen estudios profesionales, se ejemplifica con el trabajo de investigadoras que participaron en seminarios y mesas redondas, como el ensayo de Rafaela Schiavon, que fue presentado en el seminario titulado *La Agenda Posible y la Agenda Pendiente en Torno a la Violencia*, el cual organicé como Coordinadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, y que tuvo lugar en noviembre de 2006. En esta misma categoría se encuentra mi artículo sobre puntos de acuerdo y desencuentro entre masculinidades, feminismos y enfoques de género”, resultado de una larga conversación con diversos estudiosos de las masculinidades. Estas investi-

gaciones recibieron apoyo del Programa de Financiamiento, componente académico del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México. Dicho programa fue impulsado por la fundadora del PIEM, Elena Urrutia, quien obtuvo una dote para dicho programa que le permitió lanzar en la región latinoamericana el primer fondo para la realización de investigaciones sobre temas relativos a las mujeres y el género desde el ámbito académico. Gracias al impulso de Urrutia y los esfuerzos de las coordinadoras subsecuentes del PIEM, el Programa de Financiamiento operó entre 1997 y 2005, otorgando becas para realizar investigaciones de tesis o de carácter independiente. En parte, gracias a este esfuerzo, luego retomado por los institutos de las mujeres y otros organismos públicos, el campo de género se consolidó en México y se facilitó la inclusión de la perspectiva de género y las sexualidades en la producción de conocimiento en las ciencias sociales y las humanidades.

Inicialmente fue con el respaldo del PIEM que durante varios años trabajé con las autoras y el autor de esta obra en calidad de asesora en el tema de género para que transformaran su trabajo de campo en tesis de doctorado o maestría (en el caso de Antonio Candelas). Fue un orgullo que por su desempeño académico, Adriana Leona Rosales y Betania Allen recibieran la medalla Incalli Ixcahuicopa que otorga la Universidad Autónoma Metropolitana a sus alumnos(as) más destacados(as); que a la tesis de maestría de Antonio Candelas se le otorgara una mención honorífica y que él continúe realizando su doctorado sobre violencia hacia las mujeres en Francia; que las tesis de Carmen Castro y Yuriria Rodríguez merecieran un reconocimiento especial; así como saber que Lourdes Camarena dedicó gran parte de su estancia de post doctorado en el Departamento de Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan para consolidar los argumentos teóricos que sustentan el libro.

Fue durante el tiempo en que las autoras y el autor consolidaban su vida profesional que colaboré con Adriana Leona Rosales y Olga Lorena Rojas en generar comentarios que turnamos a las autoras y el autor para que pudiesen transformar las tesis en una primera publicación consistente en capítulos de este libro. Este trabajo fue el preámbulo para que en 2007, gracias a un financiamiento adicional de la Fundación Ford para investigación en el campo de

las sexualidades, organizáramos un seminario de intercambio con las autoras y el autor del libro. Durante el seminario cada autor actuó como comentarista de cada uno de los artículos aquí presentados.

Mi reconocimiento especial a Olga Lorena Rojas y Adriana Leona Rosales, quienes realizaron un dictamen preliminar de cada uno de los artículos que componen la obra y que jugaron un papel clave en diseñar el seminario. Gracias a sus colaboraciones la obra que hoy sale a la luz se vio enriquecida.

Agradecimientos especiales a las becarias del PIEM, quienes transcribieron los contenidos del seminario: Ariadna Gómez, Bertha y Claudia de Anda, y a Olivia Martínez y Reyna Gabriela Hernández, quienes apoyaron la revisión de bibliografía y armado del texto que hoy día se publica. Asimismo, todo mi reconocimiento para Adriana Leona Rosales, quien puso a consideración del Comité Editorial de la Universidad Pedagógica Nacional la publicación de este libro; así como para Lourdes Camarena, quien se comprometió para que el mismo fuese una coedición con la Universidad Autónoma de Baja California.

## CONTENIDO DEL LIBRO

La obra está dividida en tres secciones, la primera contiene tres trabajos relativos al género en diálogo con las masculinidades, el empoderamiento y la violencia sexual hacia las mujeres. “Puntos de encuentro entre masculinidades, feminismos y género” es el artículo que abre el libro. El artículo subraya que la literatura sobre masculinidades ofrece una oportunidad para resaltar la necesidad de abordar una perspectiva intragénerica para entender los cambios en las identidades entre hombres y mujeres. En un primer momento, la literatura sobre género se ha abocado sobre todo a reconstruir la experiencia de las mujeres, y en un segundo momento la literatura sobre masculinidades repite este énfasis pero sustituyendo al sujeto femenino por hombres. Prestar atención a la literatura sobre masculinidades, a la vez que incluir resultados de investigaciones realizadas con hombres mexicanos, me permitió llamar la atención sobre las bases epistemológicas de construcción de conocimiento de ambos cuerpos de literatura cientí-

fica a la vez que argumentar que —en contraste con la literatura de género que ha evolucionado discursivamente en intercambio cercano con los movimientos de mujeres— la producción intelectual de las masculinidades ha estado alejada de los movimientos sociales, tanto por la distancia que ha guardado con la literatura feminista para poder crear su propio cuerpo de estudio como porque no existen movimientos de hombres que se organicen, como se organizaron las mujeres a favor de la transformación social del papel de los hombres. A partir de estas reflexiones, el artículo señala cómo conceptos tales como *perspectiva de género*, *derechos reproductivos*, *igualdad y equidad para las mujeres* o *derechos sexuales y reproductivos* se insertan de manera desigual en la agenda política, académica y social. Esta desigual inserción refleja la persistencia de una tensión entre movimientos sociales, agencias internacionales y la constelación de gobiernos que se vinculan a través del sistema de Naciones Unidas. Ortiz-Ortega destaca que mientras que la incorporación de la perspectiva de género ha sido resultado de la movilización sostenida de mujeres por más de 20 años, la incorporación en el campo de la salud reproductiva del llamado “involucramiento masculino” fue iniciativa de hombres y mujeres que ocupaban papeles en las agencias internacionales, gobiernos o fundaciones en colaboración con los activistas —mayoritariamente hombres— que encabezaban acciones a favor de transformar la violencia masculina o de involucrar a los hombres en programas de la salud reproductiva con el apoyo de algunos autores y autoras interesados en avanzar en la discusión sobre masculinidades. Estas reflexiones llevan a la autora a entender cómo el posicionamiento diferencial de los movimientos de mujeres *versus* los autores de la masculinidad influye en la producción del conocimiento. A través de una minuciosa revisión del concepto de poder dentro de la literatura sobre masculinidades, Ortiz-Ortega muestra cómo la literatura de masculinidades aún enfrenta retos significativos en la construcción y reconstrucción de las nociones de hegemonía y poder.

El texto revierte la crítica tradicional realizada a los estudios de género y de mujeres de tomar solamente a éstas como objeto de estudio para destacar que desde el campo de las masculinidades no sólo se repite esta aproximación estrecha, sino que si bien es de aplaudir que la literatura so-

bre masculinidades preste atención a la olvidada subjetividad masculina, requiere prestar mayor atención a las mediaciones entre lo micro y lo macro a través de estudiar para resaltar cómo la denominada “masculinidad hegemónica” puede ser transformada desde la política institucional y cómo el reconocimiento de la diversidad de experiencias de masculinidades puede ampliar las formas de interacción con las mujeres para llevar a un reconocimiento social mayor de estas últimas.

“Mujeres empoderadas, ¿mujeres maltratadas?: una relación por explorar a través del sistema de sexo/género” de Antonio Candelas Villagómez, asume el reto de explorar la relación genérica entre hombres y mujeres a través de analizar cuándo el empoderamiento femenino lleva a las mujeres a experimentar violencia masculina. Para explorar la relación entre empoderamiento femenino, poder masculino y violencia de pareja, Candelas hace un rastreo de este concepto en la literatura y propone indicadores para analizarlo. El autor nos demuestra cómo en la literatura sobre violencia doméstica hacia las mujeres existe un cierto nivel de consenso en aspectos como la definición del fenómeno, sus principales características, su magnitud y su impacto. Sin embargo, cuando se intenta explicar cuáles son las causas de la violencia hacia las mujeres este consenso no se mantiene. El trabajo de Candelas explora la relación existente entre empoderamiento femenino, poder masculino y violencia contra las mujeres a través de identificar niveles de análisis del sistema sexo-género que se analizan en distintos escenarios para dilucidar qué combinaciones de variables resultan más conflictivas para los hombres, lo cual les lleva a ejercer diferentes tipos y grados de violencia. Su estudio ofrece una aproximación cuantitativa novedosa que construye la violencia hacia las mujeres como problema social a la vez que incursiona en el análisis cuantitativo a través de utilizar información estadística. Identificar posibles escenarios de riesgo, explorando para ello niveles de análisis y variables relevantes, es una contribución significativa porque identifica niveles de riesgo en situaciones concretas. Partiendo de reconocer los distintos enfoques desde los cuales se ha estudiado la violencia, Candelas explora cómo las mujeres negocian sus derechos, movilidad y participación en su vida sexual para explicar de qué manera pese a la flexibilización de las normas sociales, las mujeres aún se mueven en escenarios donde existen

claras fronteras para las negociaciones que emprenden con los hombres. A través de un análisis cuantitativo multivariable, Candelas demuestra que el poder se construye en medio de relaciones de género que establecen un acceso desigual al poder para las mujeres. Una de las contribuciones más sobresalientes del trabajo es la inclusión del empoderamiento, pues esto nos permite mostrar cómo el avance social de las mujeres no es homogéneo ni siquiera dentro de grupos de mujeres que comparten niveles socioeconómicos semejantes. La identificación de saltos, retrocesos y permanencias es, por tanto, fundamental de ser tomado en cuenta en el diseño de políticas públicas. A partir de la evidencia hallada se propone la necesidad de incorporar estrategias de prevención dirigidas a abatir las inequidades de género y a superar los enfoques que enfatizan la visión psicológica del problema tanto a nivel teórico-metodológico como en la implementación de políticas para incursionar en dimensiones de interacción social amplia.

“Atención a la violencia sexual en México: experiencias de colaboración entre sociedad y Estado”, de Rafaela Schiavon, Olivia Ortiz, Norma Ubaldi y Érika Troncoso nos ofrece una reflexión sobre las formas posibles de colaboración entre una ONG internacional y el Estado mexicano en el diseño de capacitaciones y estrategias de intervención respecto a la violencia sexual y los casos que se derivan en interrupción del embarazo en la Ciudad de México. El trabajo de las autoras relata una intervención en los servicios de salud diseñada desde la ONG internacional. En el texto se combina la investigación bibliográfica con el uso de entrevistas y observación participativa para ejemplificar el estudio de la política pública como un proceso dinámico de acercamiento entre la sociedad civil, que actúa como promotora de nuevas mentalidades, y el Estado mexicano, dividido entre la transformación jurídica que se deriva de la introducción de nuevas leyes, la falta de una reforma judicial y el adelgazamiento del presupuesto estatal. El estudio es pionero en abordar las transformaciones del sector salud que reconocen explícitamente la necesidad de elaborar modelos integrados y coordinados entre la Secretaría de Salud y las iniciativas de diversos sectores gubernamentales y de la sociedad civil en el terreno de la violencia sexual, que también requiere la intervención judicial por tratarse de un problema social con implicaciones penales. Para medir la forma en que sociedad y Estado contribuyen en el

terreno de la salud reproductiva, se evalúa un proyecto dirigido a mejorar el acceso de las mujeres y adolescentes a servicios integrales y articulados (legal, salud y comunitario) de prevención, atención y recuperación de las mujeres víctimas de violencia sexual desde un enfoque en derechos sexuales y reproductivos. La experiencia de la Ciudad de México resulta interesante dentro del contexto latinoamericano, dado que nuestro país ha suscrito todos los acuerdos internacionales sobre violencia contra las mujeres y, además, reconoce la violencia sexual contra éstas como un complejo problema de salud pública de gran magnitud, que genera importantes costos (directos, indirectos e intangibles). Sin embargo, al tener el tema de la violencia sexual dimensiones judiciales, existe la necesidad de capacitar no sólo al personal médico sino a los ministerios públicos en contextos donde prevalece la falta de confianza y capacitación de este personal. En este contexto, pese a los avances en las políticas de salud y la cooperación de las ONG, aún no se ha logrado establecer sistemas integrados para el tratamiento de víctimas de violencia. El artículo concluye mostrando cómo la atención de la violencia sexual a través de modelos desarrollados para atenderla deben tener en cuenta la constelación de dificultades que rodean a la violencia sexual: en primer término, la dificultad de las mujeres para identificar, verbalizar y buscar ayuda para atender la violencia sexual; segundo, la incompreensión por parte de los diseñadores de políticas públicas de las formas como la violencia sexual se correlaciona con enfermedades de transmisión sexual; tercero, los vacíos y dificultades aún existentes para abordar la violencia sexual como un problema de legalidad y justicia por parte del aparato de procuración de justicia; cuarto, la falta de conceptualización y dedicación del sector académico para desarrollar metodologías que permitan estudiar la extensión y prevalencia de la violencia. En medio de todas estas dificultades es indispensable resaltar la posición estratégica que ocupa el sector salud para la detección de casos de mujeres que viven con violencia sexual y para conectarlas con servicios de asistencia a la comunidad. De ahí la importancia de que las ONG respondan al reto de incluir dimensiones de promoción, educación, detección y atención médica, así como el tratamiento de lesiones o la referencia de casos para abortos o para atención prenatal cuando las víctimas de violencia decidan continuar con el embarazo.

La segunda sección del libro profundiza en las sexualidades, el género, la reproducción y el erotismo.

Primero, el tema de las sexualidades de mujeres indígenas que han experimentado un proceso de migración es abordado por Adriana Leona Rosales en su texto “Sexualidades, identidades de género y cuerpo entre mujeres indígenas en contextos urbanos”. Segundo, los retos de conformar familias cuyos padres o madres son parejas del mismo sexo y la relación con sus hijos o hijas son relatadas en el capítulo “Homomaternidades y homopaternidades: la experiencia reproductiva de las homofamilias”, de María de los Ángeles Haces Velasco. Por último, “Erotismo y jóvenes: el placer en la investigación social de la sexualidad”, muestra la transformación de prácticas y valores respecto a la moral judeo-cristiana de jóvenes pertenecientes a esferas de altos ingresos en la Ciudad de México y que asisten a escuelas laicas.

Leona Rosales analiza significados conferidos al cuerpo, las sexualidades y las identidades de género en grupos indígenas que habitan actualmente en un contexto urbano, a través de entrevistas con mujeres de ascendencia maya yucateca, y nahuas nacidas en la Sierra Norte de Puebla y las Altas Montañas de Veracruz. El común denominador entre ellas es que nacieron y fueron criadas en el medio rural, y en su edad adulta emigraron a dos ciudades del país: las mayas fueron a Cancún, las nahuas a la Ciudad de México.

El estudio de Rosales, basado en entrevistas y análisis de discursos históricos, relaciona el cambio en los significados que las migrantes le dan a sus comportamientos sexuales, las formas como se acomodan y se rebelan a los mandatos dominantes de sexualidad tomando en cuenta las nociones sobre pecado, deseo, virginidad, entre otros, que surgen en la Colonia, así como otros conceptos que han sobrevivido desde tiempos precoloniales. El estudio de las sexualidades con perspectiva de género es altamente interesante pues, como narra Rosales: “en las entrevistas realizadas, el adulterio, la infidelidad y la violencia aparecen como estructuras de la masculinidad dominante, en tanto que la virginidad, la culpa, el pecado y el sentido conferido a la maternidad, constituyen parte de la estructura de la identidad de género femenina dominante”. El estudio de Rosales utiliza observación participante y entrevistas individuales para mostrar cómo las indígenas y mu-

jeros rurales desarrollan estrategias, transforman valores y adquieren intereses propios que las lleva a afirmar su capacidad subjetiva mostrando un carácter activo y no sólo reproduciendo normas. La forma como las mujeres se autorizan va mostrando continuidades y rupturas individuales con sus comunidades de origen, a ratos convirtiéndose en depositarias de valores comunitarios y en otras resistiéndose a los papeles tradicionales. Un elemento a destacar es el papel primordial que juega el contexto en los comportamientos que hombres y mujeres desempeñan, confirmando el carácter histórico y social de las sexualidades en la construcción y reconstrucción de sus identidades sexuales, étnicas y genéricas.

El trabajo de Ángeles Haces nos ofrece un objeto de estudio novedoso y poco documentado en México. Éste se refiere a las diversas estrategias que implementan los hombres y mujeres homoeróticos para ejercer roles maternos y paternos, y de este modo construir nuevas formas de parentesco. Entender cómo diversas preferencias sexuales coexisten en México y cuáles son los retos que enfrenta criar hijos/as dentro de familias cuyos padres o madres son parejas del mismo sexo —o al menos lo es una de las partes de la pareja que se queda al frente de los hijos/as— es el objeto de la investigación de la autora. Haces refiere y analiza aspectos genéricos, sexuales y culturales que permiten desnaturalizar la(s) sexualidad(es). Resulta interesante aproximarse a cómo viven la experiencia quienes difieren de la norma. “Llama la atención que una identidad sexual y las prácticas consecuentes son completamente validadas y aceptadas cuando corresponden a la norma, mientras que aquellas que se salen de la norma heterosexual son criticadas y discriminadas”, nos relata Haces. Mirar a las sexualidades desde la posibilidad de construir las y reconstruirlas es una oportunidad para entender el complejo entramado que sostiene el acto “natural” de tener hijos/as en las sociedades modernas. Al mismo tiempo, permite comprender hasta qué punto el *rol* que juegan padres y madres dentro de la crianza está normado por valores enraizados en múltiples creencias, algunas de las cuales favorecen y fomentan la discriminación. Se trata de una discriminación que, como muestra el capítulo, apenas comienza a ser visible en tanto ha permanecido silenciada y envuelta en una heterosexualidad dominante. Descentrar la heteronormatividad a través de conocer formas alternas de

ejerger el parentesco es una forma efectiva de construir metodologías cualitativas que privilegian otros sujetos de investigación. En este caso, Haces entrevista a hombres y mujeres y señala que la población elegida fue aquella que tenía mayores elementos para construir un discurso en torno al alcance y significado de sus prácticas. Por tanto, el material empírico recolectado corresponde a una población de 22 personas, 21 habitantes de la Ciudad de México y zona conurbada y uno de Tepic, Nayarit.

En “Erotismo y jóvenes: el placer en la investigación social de la sexualidad”, Yuriria A. Rodríguez Martínez nos brinda una oportunidad de continuar cuestionando los valores preconcebidos en torno a la sexualidad. La investigación de Rodríguez nos acerca a la subjetividad construida desde el ejercicio de la(s) sexualidad(es) por jóvenes que pertenecen a clases medias altas que han accedido a la educación laica en el México urbano. Se trata de jóvenes cuyos padres y familias no sólo se distinguen por sus ingresos, sino por el capital intelectual que poseen. Éste les permite sostener una visión liberal basada en el respeto a los derechos, la autonomía de los individuos, la capacidad de tomar decisiones, y que se expresa en darles una mayor libertad a sus hijos para construirse a sí mismos. Esta libertad individual es fomentada a través de la inscripción de sus hijos/as en escuelas que les brindan una pedagogía activa y les dan la oportunidad de acceder a una educación multicultural. Sin duda, el trabajo capta no sólo una ruptura generacional y de clase social, sino una escisión con los discursos tradicionales –que tienen influencia católica– sobre la sexualidad. Como destaca la autora, “el contexto económico y sociocultural de este grupo de jóvenes contribuye a situarlos de alguna manera como parte de las definiciones modernas de juventud, en tanto que son dependientes económicamente de sus padres y están dedicados únicamente a su educación”. A través de las entrevistas y la observación no participante de Rodríguez, se revela una de las ausencias más notables del campo de las sexualidades: el debate pendiente sobre el placer en el campo de los estudios en las ciencias sociales sobre la sexualidad. Comprensiblemente, prácticas y procesos sociales tales como la violencia sexual, la discriminación o el peso del conservadurismo religioso en las políticas públicas, han llevado a que a nivel mundial los desarrollos intelectuales más recientes sobre sexualidades estén dirigidos a teorizar y comprender las conexiones entre sexualidades y

derechos, pobreza y violencia. Sin embargo, la prevalencia de un marco negativo de derechos en el campo de la sexualidad ha obscurecido por mucho tiempo la impostergable necesidad de llegar a un desarrollo positivo de la sexualidad que lleve al reconocimiento del placer. Yuriria se aproxima al tema del placer relatando y analizando las experiencias eróticas y los significados que los jóvenes les otorgan a estas prácticas desde las condiciones de posibilidad que su contexto socioeconómico les permite. El trabajo nos lleva a reflexiones que nos muestran cómo la heterosexualidad normativa influye en la construcción de placer de estos jóvenes, evidenciando al mismo tiempo nuevos quiebres que nos acercan a la construcción del placer tanto como a la necesidad de tomar conciencia sobre el producir novedosos y diferentes marcos de análisis para comprender la dimensión placentera y sus significados integrados en la(s) sexualidad(es).

La tercera sección se refiere a la dificultad de las mujeres para alcanzar un respeto a sus derechos reproductivos dentro de los espacios institucionales del sector salud, así como a la experiencia de vivir con VIH. Se incluyen tres trabajos: “Género, parentesco y poder en la experiencia de vivir con VIH-SIDA: dos estudios cualitativos con mujeres mexicanas seropositivas” de Betania Allen; “Aproximaciones metodológicas a las percepciones de las mujeres embarazadas. Calidad de la atención médica en el embarazo y durante el parto” de Lourdes Camarena Ojinaga, y “La consulta médica, ¿un espacio para ejercer derechos?” de María del Carmen Castro.

Betania Allen ilustra el caso específico de las percepciones sociales en torno al VIH-SIDA, y muestra cómo la perspectiva de género permite ver la desigualdad que hay entre hombres y mujeres en términos de su acceso a la valorización y poder, así como la manera en que las prácticas y concepciones de género son socialmente construidas con base en esta valencia diferencial de los sexos. Comprender cómo las enfermedades y la transmisión del VIH se entretajan con lo que significa ser mujer u hombre en una sociedad dada, sus prácticas, actitudes y posición desigual al poder muestra cómo el impacto del VIH-SIDA en las personas que viven con la enfermedad y las respuestas factibles para ellas y sus comunidades y sociedades están inmersas en relaciones sociales que es necesario reconstruir si se aspira a una política de salud más equitativa, así como a la pertenencia de estas

mujeres a grupos comunitarios y círculos familiares que no las discriminen. Específicamente para las mujeres seropositivas suele haber menores posibilidades de acceso a atención médica, mayor contaminación simbólica (frecuentemente concebida como estigma), mayor pérdida de ingresos (por pérdida de empleo y del apoyo de la pareja masculina que muchas veces abandona a la mujer aunque la hubiese contagiado) y mayor carga de trabajo en cuanto a los cuidados prestados a los familiares que también viven con VIH-SIDA. Allen ofrece aportaciones al análisis de enfermedades de transmisión sexual a través de utilizar técnicas etnográficas y cualitativas tales como la entrevista grupal y colectiva, y de revisar la literatura de género entrecruzando autoras/es del campo antropológico con autoras/es del campo de los estudios del género. En el trabajo de Allen se plantea el estudio del poder como tema primordial para resaltar cómo las mujeres seropositivas negocian, se resisten y se acomodan para ampliar su posibilidad de disponer del tiempo. El tiempo se perfila en el trabajo de Allen como recurso simbólico y práctico para acceder al tratamiento, para negociar las identidades femeninas y reestablecer la comunicación con los otros/as. Su trabajo muestra cómo las mujeres alcanzan logros no sólo en contra de restricciones y represiones recibidas por parte de su unidad doméstica y red de parentesco más amplia. El disponer de sí mismas implica una lucha de poder que requiere del uso de tácticas y recursos, aunque estos estén limitados por la posición subalterna. El ejercicio del poder subalterno por parte de las mujeres adquiere, en los espacios públicos, características de ejercicio desde posiciones de menor autoridad. Allen relata cómo las mujeres se sienten con menor autoridad frente a los médicos/as y por ello utilizan técnicas como el “olvido”, “el sabotaje”, “la huelga”, “la guerra de guerrillas”, como tácticas para adquirir acceso a hospitales o hasta para suspender el uso de medicamentos que les traen efectos secundarios que no pueden, no saben o no quieren enfrentar. De tal forma que el no hacer se convierte en una forma de conseguir objetivos. En breve, el trabajo de Allen es rico en mostrar las resistencias de género desde la subalternidad por parte de mujeres enfermas terminales que luchan dentro de sus espacios familiares y médicos. Mostrar las estrategias que utilizan para resistir o acomodarse frente a nociones dominantes del género, o bien,

para obtener servicios de salud o preservar su identidad dentro de la familia, es una de las grandes aportaciones de este trabajo.

“Aproximaciones metodológicas a las percepciones de las mujeres embarazadas. Calidad de la atención médica en el embarazo y durante el parto” de Lourdes Camarena, disloca los enfoques tradicionales sobre la calidad de la atención que han abordado ésta desde una perspectiva eminentemente técnica. Es decir, aquella que privilegia la infraestructura, el equipo médico, la distribución de medicamentos, la organización del trabajo y la eficiente utilización de los recursos humanos. Sin embargo, esta visión tecnicista deja de lado las necesidades del usuario/a que es vista como difícil de perfeccionar, ya que las necesidades, percepciones y expectativas son construcciones sociales y culturales complejas. Al privilegiarse una visión instrumental no sólo se dejan de lado las dimensiones sociales de la calidad tales como los determinantes económicos, políticos e ideológicos que se consideran “externalidades”. Adicionalmente, se refuerza una visión que excluye a las mujeres limitando sus posibilidades de ejercer sus derechos reproductivos y de construir y reconstruir sus identidades al momento de dar a luz. Frente a esta visión dominante, Camarena se aproxima a estudiar la calidad de la atención desde la antropología cognitiva utilizando novedosas metodologías para estudiar la calidad de la atención que reciben mujeres embarazadas en el norte de México. El propósito de su estudio no sólo es mostrar el impacto de los factores culturales y sociales en el ámbito de la salud pública, sino más bien analizar el grado en que las necesidades de las mujeres se toman en cuenta al diseñar servicios de salud reproductiva. La premisa inicial respecto a la “invisibilidad” de las mujeres embarazadas en los servicios de salud es documentada y analizada tomando en cuenta aspectos institucionales propios del contexto mexicano, como el nuevo marco en el cual se desempeñan los servicios de salud reproductiva a partir de los acuerdos firmados por México en los últimos 10 años. La brecha entre el marco institucional y las necesidades de las usuarias mujeres se convierte entonces en uno de los fines del artículo en tanto trata de “hacer visible lo que parece invisible dentro del modelo médico”. En tanto que la aplicación de Camarena se teje desde metodologías cualitativas con marcos normativos, prevalece en el trabajo una aproximación a los derechos reproducti-

vos que capta necesidades muchas veces relegadas dentro de los esquemas de atención a la salud reproductiva. De ahí la insistencia de utilizar otras metodologías que no repitan lo captado desde los sondeos, encuestas y entrevistas realizadas con usuarias que privilegian la perspectiva de los/as prestadores/as de servicios. El propósito final de este capítulo es ofrecer elementos que permitan retejer las conexiones entre investigación y diseño de intervenciones para propiciar una política pública que tome en cuenta el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres tanto como una visión de la salud reproductiva que atienda sus necesidades.

El trabajo de Castro “La consulta médica, ¿un espacio para ejercer derechos?” aborda la calidad de la atención desde una perspectiva sociológica. Desde este enfoque se observa la forma en que los prestadores hombres interactúan con las pacientes a través de acciones, estrategias comunicativas y mensajes. A través de una minuciosa observación, Castro evalúa si existe una apropiación, fomento o ejercicio de los derechos por parte de las mujeres. Ella concluye que más bien prevalece una obstaculización e interferencia al ejercicio de los derechos de las mujeres y una dificultad de las mismas por apropiarse del cuidado de su salud reproductiva. Desde este enfoque sociológico se comprende que prevalecen problemas como son la verticalidad en la relación médico-paciente, el dominio del saber médico y los mecanismos a través de los cuales se reproducen prácticas violatorias de derechos en los servicios de salud. El derecho a la información, la privacidad y la dignidad de los pacientes es estudiado en el caso particular de pacientes con patología benigna de mama y cáncer de mama mostrando cómo estas enfermedades son parte central en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, ya que los pechos son una parte constitutiva de su sexualidad, por lo que la posibilidad de sufrir una mutilación en sus principales órganos de femineidad complica una detección oportuna del problema.

Esta obra cierra con algunas conclusiones sobre la construcción de nuevas identidades y ciudadanía sexual, ofrecidas por Adriana Leona Rosales, las cuales más que concluir dejan abierta la posibilidad de realizar nuevas investigaciones, subrayando los retos pendientes en este campo de conocimientos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Butler, Judith (2006). Regulaciones del género. En: *Revista de Estudios de Género La Ventana* (núm. 23, pp. 7-35). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Parker, Richard, *et al.* (2007). *Sex Politics: Reports from the Front Lines*. [www.sxpolitics.org/frontlines/home](http://www.sxpolitics.org/frontlines/home).
- Vance, Carol (1989). Social Construction Theory: Problems in the History of Sexuality. En: Kenneth Plummer (ed.). *Sexualities: Critical Assesments* (pp. 635-371). Londres: Routledge.
- Vance, Carol (2001). *Anthropology Rediscovers Sexuality: A Theoretical Comment*. En: I. Grewal y C. Kaplan (eds.). *Gender in a Transnational World* (pp. 28-31). Nueva York: McGraw Hill.
- Worthington, Nancy, Maria Natividad, Petchesky, Rosalind y Parker, Richard (2008). The contested politics of sexual and reproductive health and rights. En: *Global Public Health* (vol. 3, suplemento 2, pp 1-4).

PRIMERA SECCIÓN:  
GÉNERO Y VIOLENCIA



# PUNTOS DE ENCUENTRO ENTRE MASCULINIDADES, FEMINISMOS Y GÉNERO<sup>1</sup>

ADRIANA ORTIZ-ORTEGA<sup>2</sup>

## PRESENTACIÓN

En el presente texto se analizan las nociones de poder que han prevalecido en la literatura sobre masculinidades. Para ello, se pone en práctica una combinación de metodologías: por un lado, se utiliza el análisis bibliográfico para explorar las nociones de poder que han aportado los autores sobre masculinidades; por otra parte, se analizan las nociones de poder que hombres mexicanos de escasos recursos y que viven en zonas urbanas y rurales aportaron después de escuchar las necesidades de las mujeres.

Se combinan ambas metodologías con el propósito de mostrar los puntos de encuentro y desencuentro entre los estudios de las masculinidades,

---

<sup>1</sup> Este artículo recoge y amplía mis intervenciones orientadas a propiciar un diálogo entre género, masculinidades y feminismos a lo largo de distintas conferencias auspiciadas en la Ciudad de México y Princeton, Estados Unidos, por el Centro de Estudios Demográficos y Urbanos, el Population Council, oficina para México y el Fondo de Población de Naciones Unidas.

<sup>2</sup> Agradezco el apoyo brindado por Juan Guillermo Figueroa Perea para la identificación de autores y textos dentro del campo de las masculinidades; a Ariadna Gómez el apoyo para la revisión de la bibliografía y la revisión del texto que se incluye en la última parte de este artículo en torno al trabajo de campo con hombres y mujeres; a Adriana Rosales, Olga Lorena Rojas y Antonio Candelas por sus minuciosas lecturas de las versiones previas.

los feminismos y la perspectiva de género. Partir de una revisión bibliográfica que presta atención a los vacíos, discontinuidades teóricas y metodológicas dentro del campo de las masculinidades en el manejo de la categoría del poder, es una fórmula para iniciar un diálogo intergenérico que atienda las voces de los hombres pero sin suplantar, negar o reinterpretar las necesidades de las mujeres. En esta segunda parte, el poder que ejercen los hombres sobre la vida de las mujeres es analizado en términos de las acciones que ellas realizan y de cuál es el grado de autoridad que los hombres ejercen sobre la vida de las mujeres o cuáles son los derechos que consideran propios de ellas (derecho a salir, estudiar, usar anticonceptivos), prestando particular atención al ejercicio de una (hetero) sexualidad “libre” por parte de las mujeres. Es decir, debido a que no existieron casos de homosexualidad declarada, el estudio se basó en los testimonios proporcionados por hombres y mujeres heterosexuales.

El objetivo de este ejercicio es múltiple: primero, se busca mostrar cómo estos conceptos son elaborados por los feminismos académicos y los autores de las masculinidades ponderando las diferentes rutas de elaboración teórica. Reconocer este hecho nos permite mostrar como una de nuestras conclusiones que la construcción de teoría puede seguir distintas vías y que, al menos en temas ligados a las sexualidades y la reproducción, la relación entre acción colectiva —o ausencia de ella— y teorización es importante; segundo, en tanto la literatura de masculinidades busca construir un nuevo sujeto y objeto de estudio: los hombres, se llama la atención sobre la aplicación de los conceptos en contextos mexicanos para entender cómo todo ejercicio de teorización guarda una inevitable distancia entre sus supuestos y elaboraciones con lo manifestado por los sujetos entrevistados. Al mismo tiempo, tomar como punto de partida los testimonios de las mujeres fue una vía para plantear cómo se podría propiciar un mayor diálogo entre feminismos y masculinidades con el propósito de llegar a una mayor elaboración de la perspectiva de género. Es decir, una perspectiva que tome en cuenta distintos puntos de partida tanto como el desarrollo de metodologías renovadas que puedan captar el cambio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

## PRIMERA PARTE: ¿DESDE DÓNDE TEORIZAN LOS FEMINISMOS ACADÉMICOS Y LOS AUTORES DE LA MASCULINIDAD?

Durante los años 1990 quedan inscritos –precaria, pero indiscutiblemente– conceptos tales como *perspectiva de género*, *derechos reproductivos*, *igualdad y equidad para las mujeres* o *derechos sexuales y reproductivos* en los discursos y en las acciones de las agencias internacionales y los gobiernos de distintas regiones del mundo.<sup>3</sup> Al mismo tiempo, agencias internacionales como UNIFEM o Fondo de Población de Naciones Unidas, fundaciones como Ford y MacArthur, gobiernos en América Latina como Argentina, Nicaragua, Chile y México, u ONG internacionales como la Federación Internacional para la Planificación Familiar (IPPF/WHR) convocaron a discusiones sobre la masculinidad que pronto se transformarían en “programas para involucrar a los hombres”.

Si bien el surgimiento de cada uno de estos conceptos fue previo a las conferencias de Naciones Unidas organizadas en torno a derechos humanos (Viena, 1993), población y desarrollo (El Cairo, 1994) o estatus de las mujeres (Pekín, 1995), sin duda la mitad de los años 1990 es un momento central en la rearticulación de las discusiones y su impacto social que es importante revisar a detalle. Específicamente, cada uno de los conceptos enunciados siguió una ruta desigual, por lo que es posible afirmar que la llegada al campo de la salud sexual y reproductiva y de los derechos de estos conceptos –elaborados desde complejas discusiones sociales y políticas– refleja la persistencia de una tensión entre movimientos sociales, agencias internacionales y la constelación de gobiernos que se vinculan a través del sistema de Naciones Unidas. Por ende, debido a que la evolución e implementación de los conceptos enunciados ocurrió en medio de intensas relaciones sociales, institucionales y políticas, se puede señalar que las personas e instituciones académicas o gubernamentales no toman decisiones en el vacío o como miembros de categorías abstractas, sino que sus decisiones están influenciadas por las interacciones que establecen con otras. De ahí que sea importante conocer la vinculación entre conceptos y el espacio social

---

<sup>3</sup> Ortiz-Ortega, Adriana, “Debates actuales en torno a los derechos sexuales y la ciudadanía sexual. Precarias negociaciones sobre los derechos sexuales desde los movimientos sociales”.

en el cual los mismos se desarrollan (Knocke y Lauhmann, citado en Arilha, Mora, Guzmán, Moreno y Bonan, 2005). Por ejemplo, la inserción de conceptos tales como género, salud sexual, derechos sexuales en las conferencias internacionales, así como en las políticas, programas y acciones implementadas en los contextos locales, fueron resultado de una movilización colectiva amplia y transnacional emprendida por mujeres desde distintas regiones del mundo (Petchesky, 2006).<sup>4</sup> En contraste, la incorporación en el campo de la salud reproductiva del llamado “involucramiento masculino” fue iniciativa de hombres y mujeres que ocupaban papeles en las agencias internacionales, gobiernos o fundaciones, en colaboración con los activistas –mayoritariamente hombres– que encabezaban acciones a favor de transformar la violencia masculina o de involucrar a los hombres en programas de salud reproductiva con el apoyo de algunos autores y autoras interesados en avanzar la discusión sobre masculinidades. En este sentido, el enfoque de masculinidades se benefició de su inserción en la Agenda de El Cairo en tanto se reconoció en dichas conferencias internacionales que los hombres eran parte del problema y por ello era recomendable su inclusión para el cambio. Ciertamente, en toda justicia es necesario destacar que previo a El Cairo y Pekín, existieron algunos grupos de hombres organizados como ONG o grupos de reflexión en distintas partes del mundo, sin embargo sería inexacto referirse a un movimiento transnacional de hombres de magnitud similar o comparable al movimiento feminista internacional de mediados de los años 1990 en el siglo XX o aun del debilitado pero prevaeciente movimiento del siglo XXI. Por ello, es posible afirmar que a partir de mediados de los años 1990 los financiamientos asignados para mover una agenda que incluyera a las masculinidades se potencializó a partir del ímpetu alcanzado por el movimiento feminista. Llama la atención que –a diferencia de otros conceptos como género o derechos sexuales o reproductivos que fueron resultado de amplias discusiones dentro de los movimientos feministas– las masculinidades lograran un salto cualitativo experimentando simultánea-

---

<sup>4</sup> En este artículo se utiliza el concepto de “terreno” o “campo” de la salud sexual y reproductiva de manera indistinta para referirse al espacio social donde tiene lugar el debate de actores sociales en torno a temáticas que van construyendo el mismo como espacio de acción, diseño de políticas y debates ideológicos.

mente un desprendimiento de la agenda feminista. Por ejemplo, durante la Cuarta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, se consideró que el involucramiento masculino en las acciones y políticas favorecería la igualdad de las mujeres; sin embargo, en el escenario post-El Cairo esta idea comenzó a perfilarse como un trabajo directo con hombres sin ninguna referencia directa o indirecta a las mujeres (Berer, 1996). Ciertamente, en algunos casos el trabajo con varones ha sido desarrollado por hombres y mujeres tanto en la teoría como en la práctica. Por ejemplo, el trabajo emprendido por ReproSalud, una iniciativa de salud reproductiva de mujeres en Perú, o la ONG Salud y Género, en México, que muestra el trabajo directo con hombres a partir de las necesidades reproductivas de las mujeres. Sin embargo, la dicotomía entre trabajar con mujeres dentro del campo de las masculinidades o privilegiar el trabajo con los hombres que surgió en los escenarios post-El Cairo o post-Pekín no fue menor, y por esto ya en 1996 *Reproductive Health Matters* publicó un número especial sobre hombres, en el que en su editorial se preguntaba por qué si los hombres ocupan un papel predominante en el campo de la salud reproductiva como investigadores, expertos médicos y clínicos, diseñadores de política y otorgadores de fondos, era necesario además plantear el involucramiento masculino como una estrategia indispensable; es decir, se sugería que en tanto que los hombres han estado involucrados en el gobierno, diseño de políticas, servicios y relaciones personales y familiares que afectan y controlan la vida de las mujeres sería conveniente definir de qué tipo de involucramiento se trataba, pues esto definiría si los fondos que se otorgaran a programas para hombres eran complementarios de los programas para buscar la equidad de género (Berer, 1996). A la luz de los desarrollos tanto conceptuales como de las intervenciones gestadas por las agencias, es importante no perder de vista cómo el desarrollo desigual de los conceptos implicó que el campo de las masculinidades se desligara paulatinamente de los estudios más críticos de género ligados al análisis de la distribución desigual del poder entre hombres u mujeres. Específicamente en los últimos 10 años, dentro del campo de las masculinidades, se privilegió la ruta de realizar un trabajo exclusivo con hombres; de manera irónica si bien el campo de las masculinidades ha repetido el tantas veces enunciado “error del enfoque de

género y del feminismo” de aislarse para concentrarse en sí mismo descuidando la dimensión genérica aun entendida en su versión más tradicional y elemental: el diálogo entre hombres y mujeres heterosexuales. La masculinidad (inicialmente en singular) se constituyó como un campo de estudio que convirtió a los hombres en sujetos de análisis y estudiosos del tema en tanto que han sido los hombres quienes han promovido dichos estudios.

En breve, retomar por tanto la génesis del concepto de género, masculinidades o feminismos, sirve no sólo para redimensionar el diálogo entre los conceptos y su desarrollo intelectual, sino que nos da pistas para entender el argumento planteado inicialmente: en qué medida las discusiones sociales o la inmersión de los conceptos en las agendas de los gobiernos, organismos internacionales u ONG se puede separar de la movilización social. Más aún, como enunciamos al inicio de este artículo, los conceptos que se plantearon como centrales en la agenda de la salud reproductiva durante la década de los años 1990 fueron el resultado de amplias movilizaciones emprendidas por los grupos de mujeres. Por ello, en los siguientes párrafos se hace alusión a las conexiones entre el impacto de la movilización social masculina –o su ausencia– en el desarrollo intelectual de los marcos conceptuales de las masculinidades a favor de la transformación de las relaciones inter e intragenéricas. Al contrastar el desarrollo analítico del concepto de masculinidades con conceptos tales como género, salud reproductiva o derechos sexuales, resalta el hecho de que el desarrollo intelectual de todos estos conceptos –a excepción del de masculinidades– son parte de un proyecto histórico emprendido por los feminismos, mientras que en el caso de las masculinidades el desarrollo ha sido más dentro de ámbitos académicos con reciente vinculación y articulación a espacios públicos. Como resultado de esta dinámica, la teorización sobre masculinidades comprende una gama más amplia de posturas que oscilan desde un ala sumamente conservadora que promueve la recuperación de los valores de combatividad masculina, los enfoques profeministas –que reconocen las condiciones de privilegio en que se ubican los hombres a la vez que busca llamar la atención sobre el costo psico-emocional del ejercicio de la masculinidad–, hasta posturas *queer* (enfoques sobre la rareza) que recrean el papel de los hombres en la cultura y realizan un cuestionamiento a la heteronor-

matividad. Entre estos enfoques destaca la influencia del punto de vista profeminista en América Latina, pues es el que más ha apuntalado la forma como los hombres ejercen el poder, así como las maneras en que este poder afecta la vida de los hombres.<sup>5</sup> Sin querer esquematizar la literatura sobre masculinidades, creo relevante destacar tres esfuerzos que coexisten en el tiempo en el caso de América Latina: el primero dirigido a reevaluar y discutir los enfoques feministas y trazar el universo de la literatura sobre masculinidades;<sup>6</sup> el segundo consistente en construir un universo etnográfico basado en estudios con hombres a través de métodos cualitativos y cuantitativos (Connell, 1998a; 1998b); finalmente, el tercer esfuerzo conjunta las dinámicas macro y micro de la subjetividad, el ejercicio del poder y el papel de las instituciones en la vida colectiva e individual de hombres y mujeres con énfasis en sostener un diálogo abierto con la perspectiva de género sin descuidar el análisis de los hombres y sus masculinidades.<sup>7</sup> En cualquier caso podría generalizarse que prevalece dentro de la literatura sobre masculinidades un análisis del acceso diferencial del poder entre los propios hombres junto con una elaboración de las dificultades que genera

<sup>5</sup> Robert Bly (1990) está entre los autores que recuperan el papel mítico del hombre como guerrero. En las corrientes sobre masculinidades también se ubican los autores que plantean la recuperación de los derechos de los hombres. En el caso de México, el trabajo de Richard Gardner (1998) *The Parental Alienation Syndrome*, 2a ed., Addendum I, autor de la teoría sobre alienación parental la cual pese a su controvertida defensa de los padres que se involucran sexualmente con sus hijos sirvió para inspirar la reforma a las leyes que daban a las madres la patria potestad y su transformación en leyes a favor de la custodia compartida. Respecto a los trabajos *queer* es importante citar los estudios pioneros sobre homoerotismo, al mismo tiempo que recordar que de acuerdo con Cano (2004), los enfoques *queer* ofrecen la posibilidad de problematizar las categorías fijas que determinan la identidad de las personas, tales como hombre-mujer, femenino-masculino, homosexual-heterosexual. Los trabajos sobre masculinidad hegemónica se encuentran representados por Connell (2003). Las posturas en torno al área epistemológica se pueden encontrar en el trabajo de Seidler (2000), así como en el trabajo de Guillermo Nuñez (2004). Respecto a la literatura sobre subjetividad masculina, derechos reproductivos de los hombres destaca el trabajo de Figueroa Perea sobre derechos de los hombres a la reproducción y los trabajos de Gutman sobre reconstitución de la subjetividad masculina, ambos compilados en: Ana Amuchástegui e Ivonne Szasz (2007) y Careaga y Sierra (2006). Otros trabajos importantes para definir el espectro del campo de las masculinidades están representados por el trabajo de Minello, por ejemplo, del año 2002 que aparece en la bibliografía.

<sup>6</sup> Algunos autores que se ubican en esta tendencia son Rafael Montesinos, Juan Guillermo Perea, Juan Carlos Ramírez Rodríguez (Montesinos, 2002 y 2004; Figueroa Perea, 2000 y 2001, Ramírez Rodríguez, 2006).

<sup>7</sup> El libro *Debates sobre masculinidades* recoge el esfuerzo de una década de reflexionar en torno a las vinculaciones entre la literatura de las masculinidades, el ejercicio institucional del poder y los enfoques de género (Careaga y Cruz Sierra, 2007). Otra obra similar es el citado de Amuchástegui y Szasz.

el ejercicio del poder en la vida de éstos, prestando particular atención a la dimensión emocional. Como señalan Amuchástegui y Szasz: “Es difícil pensar en el campo de las masculinidades como procesos sociales colectivos y subjetivos más que como atributos psicológicos adosados a los cuerpos masculinos” (Amuchástegui y Szasz, 2007:16).

A la luz de las reflexiones anteriores sobre la separación entre acción colectiva y reflexión intelectual en el campo de las masculinidades, resalta el hecho de que el trabajo de Amuchástegui y Szasz llame la atención sobre la limitada referencia del campo de las masculinidades a procesos sociales y subjetivos, mostrando que éste es uno de los derroteros que requiere mayor atención. Careaga y Cruz Sierra señalan que en tanto el campo de las masculinidades es un espacio en construcción, es evidente que persisten dificultades incluso respecto al contenido y alcance del propio concepto de masculinidad, junto con la tendencia a reducir el análisis de dicho concepto al estudio de los hombres, entre otras problemáticas (Careaga y Cruz Sierra, 2006).

Precisamente por las diferencias existentes respecto a las rutas seguidas para la construcción y para la implementación de conceptos, resulta particularmente interesante contrastar el espectro que comprenden los trabajos sobre las masculinidades con el desarrollado por los feminismos, dado que el entramado feminista está ligado de manera más directa al cambio social.

La hipótesis que aquí se sugiere es que los feminismos se establecieron como movimientos sociales que tienen como eje central teórico la transformación de relaciones desiguales de acceso al poder entre hombres y mujeres en el entramado social, cultural, económico, lingüístico e histórico. Por ende, el punto de partida que comparten los distintos feminismos es un análisis de las instituciones en la creación de relaciones sociales desiguales entre hombres y mujeres.

En contraste, el análisis del poder si bien está presente como veremos más adelante en la literatura sobre masculinidades, no tiene necesariamente como punto de partida el análisis social amplio. Por tanto, la inserción de los discursos feministas en el ámbito de las conferencias y agencias que trabajan en el campo de la salud y derechos sexuales y reproductivos represen-

ta una arena importante para lograr transformaciones paradigmáticas en la concepción de la(s) sexualidad(es), la reproducción biológica o los derechos en ese campo;<sup>8</sup> específicamente, los feminismos lograron que los discursos oficiales y no gubernamentales se abrieran a paradigmas que consideraban el ejercicio desigual del poder por parte de hombres y mujeres, siendo ésta la más distintiva forma de interlocución de los feminismos alcanzada en las últimas tres décadas, aunque no la única.<sup>9</sup>

Pese a la contrastante ruta de movilización social emprendida por los feminismos y las masculinidades en términos de movilización social, es posible afirmar que en términos de búsqueda intelectual ambos grupos de literatura comparten intereses similares en tanto que ambos han sido influenciados por el posmodernismo. Específicamente, en la década de 1990 ambas tendencias mesuraron la búsqueda monocausal o esencialista que explique la situación que atraviesan hombres y mujeres. En el caso del feminismo se puede decir que desde finales de la década de los 1980 se abandona el proyecto de construir una gran teoría social que rastree y busque los orígenes del patriarcado al distanciarse de las teorías sociales de largo aliento (Nicholson, 1990). A partir de entonces, los esfuerzos se dirigen a recrear proyectos de cambio social con metas concretas. Si bien el mostrar cómo se expresan las desigualdades que persisten entre las mujeres y los hombres en los arreglos institucionales y sociales se mantiene como objetivo central, los feminismos emprenden el análisis de las desigualdades que continúan no sólo respecto a los hombres sino entre las mujeres. De este modo, se esta-

<sup>8</sup> De acuerdo con algunas autoras, ya desde principios de la década de 1990, el área de la planificación familiar (que más adelante se constituiría como de la salud sexual) es la que más posibilidades ha ofrecido para institucionalizar acciones (Staudt, 1990).

<sup>9</sup> No es casual, por ejemplo, que la definición adoptada por Unifem respecto a perspectiva de género sea la siguiente: “el género se refiere a las formas en que los roles, actitudes, valores y relaciones respecto a las mujeres y los hombres son construidas por todas las sociedades en el mundo. Históricamente, distintas culturas construyen el género de distintas maneras, por lo cual los roles de las mujeres, el valor que las sociedades concede a dichos roles y su relación con los roles masculinos puede variar considerablemente en el tiempo y de un contexto al otro. Sin embargo, casi de manera invariable la construcción del género opera de manera que subordina y discrimina contra las mujeres en detrimento del disfrute pleno de sus derechos humanos. Esta discriminación se refleja no sólo a nivel individual sino que opera en todas las instituciones. Unifem, Reporte del Grupo de la Reunión de Expertos para la Integración de la Perspectiva de Género dentro de las Actividades y Programas de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, 1996.

blecen críticas a la existencia de un sujeto histórico universalizado –que en los países anglosajones estuvo representado por mujeres blancas–. A partir de entonces, las feministas “de color” (como se autonombraron) plantean nuevas interrelaciones y cruces entre variables tales como preferencia sexual, raza, etnia, discapacidad, nacionalidad, migración, edad y género, entre otras.<sup>10</sup> Por su parte, los discursos sobre masculinidades –que alcanzan su primer auge teórico durante ese mismo periodo– plantean la necesidad de entender la magnitud de la crisis masculina, de recrear las experiencias masculinas y de emprender un análisis del ejercicio del poder por parte de los hombres capaz de capturar la complejidad de los sentimientos masculinos.

De lo anterior puede concluirse que la reflexión sobre género, transversalidad de género, derechos o involucramiento masculino, ejemplifica simultáneamente un desarrollo intelectual y un marcaje político que divide el campo de la salud reproductiva como una arena de trabajo político. En dicho espacio –respecto tanto a las masculinidades como en torno al resto de los conceptos del campo de los derechos, sexualidades y salud reproductiva aquí enunciados– coexisten quienes están a favor de la salud reproductiva y la incorporación de los conceptos de género y también quienes sostienen una reticencia a la propuesta de cambio social subyacente en planes y programas. En tanto en el campo de la salud reproductiva las reflexiones emprendidas desde la academia o el diseño de programas de intervención son realizados por profesionistas cercanos o no a las posturas de transformación social propuestas desde los movimientos feministas o los grupos de hombres comprometidos con la acción, es posible afirmar que persiste una ruptura entre ambas dimensiones: aquella diseñada desde el análisis conceptual y la que busca un cambio social. En este contexto se hace necesario señalar que la vinculación o falta de vinculación a las propuestas transformadoras de los movimientos sociales expande o limita la agenda de la salud reproductiva. En el caso de las masculinidades, la ausencia de

---

<sup>10</sup> En estas páginas no pretendemos rastrear de manera exhaustiva las propuestas feministas de cambio social en los contextos posmodernismo. Baste señalar, sin embargo, que han surgido versiones poscoloniales, tercer-mundistas, “de color”, chicanas, entre otras que se han sumado a la clásica clasificación de feminismos en liberal, marxista y radical. Véase Kemp, Sandra y Judith Squires (1997), *Feminisms*. Oxford: The Oxford University Press.

un movimiento social que respalde las argumentaciones o de una reflexión comprensiva de la categoría del poder y su ejercicio institucional, ha impedido una mayor desestabilización de su concepto. Específicamente, al referirse a la desestabilización se quiere llamar la atención sobre la enorme dificultad de generar posturas críticas desde la investigación cuando ésta decide permanecer desligada de la práctica social, del análisis de políticas, programas e incluso de la agenda de movimientos sociales. Por ejemplo, como resultado de estas dinámicas la noción de poder dentro del campo de las masculinidades se ha visto disminuida en tanto que gran parte del esfuerzo se ha dirigido a reconstruir críticamente las experiencias masculinas subjetivas con el ejercicio del poder, las formas de distribución desigual del poder entre hombres, o a analizar y recrear la categoría “hombre” o “varón” dentro de ésta. Sin embargo, ha dejado fuera la crítica institucional, tan central en el análisis feminista. Estas reflexiones nos llevan a plantear: ¿hasta qué punto puede separarse la acción colectiva transformadora que acompaña a los movimientos sociales de la crítica social y de la elaboración intelectual?, y segundo, ¿cómo la transformación de consignas en reivindicaciones alimenta o no la revisión conceptual? En el caso de la literatura sobre masculinidades esta última pregunta es relevante, pues no es sólo que la ausencia de un movimiento amplio de hombres limite la plataforma desde la cual se pueden plantear estas demandas. Más aún, el reconocimiento de relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres requiere, como la misma literatura lo plantea, el enriquecerse respecto a cómo la interacción individual de hombres y mujeres coexiste dentro del entramado de complejas relaciones institucionales para dar cuenta de procesos que se han minimizado por hacer énfasis en el estudio de hombres como sujetos individuales o articulados en relaciones de parentesco y pareja privilegiándose hasta la fecha estas dimensiones respecto a la articulación de las mismas con las dinámicas institucionales amplias. Debido a lo anterior, se hace necesario profundizar en las nociones del poder que se han construido o adoptado dentro del campo de las masculinidades. Un enfoque de este tipo puede ser un paso inicial para enriquecer el diálogo de los puntos de encuentro entre género, feminismos y masculinidades. Me parece importante emprender esta reflexión ya que es innegable que la creciente atención otorgada al tema

de las masculinidades puede servir para favorecer la igualdad y equidad entre hombres y mujeres, tanto como para continuar posicionando como válido el interés de las masculinidades en los hombres como sujetos de desigualdad respecto a otros hombres como en relación a las mujeres.

Como punto de partida se destaca que la revisión de autores realizada por este artículo que incluye autores/as latinoamericanos, europeos, australianos o estadounidenses, muestra que las nociones de poder elaboradas privilegia temas tales como procesos de aprendizaje, socialización y ejercicio de la masculinidad entre los hombres, confirmando la afirmación de Amuchástegui y Szasz sobre la necesidad de que los estudios futuros profundicen en los cruces entre la dimensión subjetiva y la social y, cabría añadir, sus múltiples complejidades. Es decir, cada día es más evidente que el estudio de las relaciones sociales requiere que se plantee como campo político; o sea, como arena donde no sólo coexisten distintos intereses sino diversos accesos a los recursos.

### **Aportaciones teóricas al(los) poder(es) desde la(s) masculinidad(es)**

Para entender con mayor claridad dónde pueden estar los vacíos y tensiones de la teoría de las masculinidades sobre el poder, es importante destacar que el tema ha sido abordado de manera diversa por distintos autores. En tanto la discusión sobre masculinidades se emprende inicialmente en Europa, Estados Unidos o Australia, es decir, antes de mediados de la década de 1990, es importante hacer referencia a dichos autores/as destacando cómo: las transformaciones que los movimientos feministas norteamericano e inglés trajeron, tanto en la academia como en las relaciones de pareja durante las décadas de los setenta y ochenta, incitaron a algunos hombres a reflexionar sobre su participación en la desigualdad de género. En particular algunos hombres sociólogos cercanos al marxismo y a las luchas sociales de las mujeres se mostraron sensibles a la democratización de las relaciones íntimas y de las familias (Amuchástegui, 2006).

Como parte de esta tendencia, a nivel internacional encontramos a autores como Connell en Australia, Kimmel en Estados Unidos, Seidler en Inglaterra y Kaufmann en Canadá. Connell (1998a, 1998b, 1997, 1995,

1987, 1983) replantea la masculinidad hegemónica señalando que es necesario abordarla como una categoría que evoluciona históricamente y adquiere distintos significados. Connell se refiere a la autoridad y legitimidad que se deriva del ejercicio de la masculinidad hegemónica, la cual es construida históricamente desde la heterosexualidad que prescribe para los hombres determinada expresión de deseo y un ejercicio de la sexualidad consecuente con él. A partir de la heteronormatividad, Connell destaca cómo se derivan las demarcaciones entre los géneros, así como las dimensiones intergenéricas que el autor analiza en detalle mostrando cómo la dominación y el control masculino constituye un carácter diferencial entre los propios hombres. Esto le permite destacar la intragénerica entre los propios hombres sin renunciar a la enunciación de la diferencia intergenérica que se expresa en la subordinación de las mujeres al poder de los hombres, aunque destacando que existen posibilidades de ejercicio de poder dentro del ámbito doméstico por parte de las mujeres. El punto fuerte de Connell es destacar cómo el ejercicio de la hegemonía masculina supone la subordinación de los hombres entre sí de acuerdo con el acceso diferencial del poder por cuestiones de raza, etnia, orientación sexual y poder económico. Por ejemplo, Connell se refiere a la expulsión simbólica de los hombres homosexuales, ya que su feminización (y consecuente pérdida de poder económico, simbólico y las permutaciones que esto adquiera por raza, habilidades físicas, etcétera), significa una confrontación con los esquemas de género planteados desde la heteronormatividad.

Seidler enfatiza cómo la razón se construye como el eje de la modernidad que guía y controla nuestras vidas en oposición a nuestra “naturaleza animal” (Seidler, 2000); el punto nodal de la reflexión de Seidler es que dentro de los esquemas de la modernidad, lo masculino implica su correlato antagónico: lo femenino; en este esquema la mujer es vista como cercana a la naturaleza y lo masculino como sinónimo de la razón. Si bien es cierto que, por un lado, el concepto de razón permitió que los hombres se liberasen de las nociones tradicionales del poder eclesiástico y los colocó como ejes del progreso, la civilización y la lucha contra la naturaleza, por otro, ésta fue apropiada como atributo sustantivo del género masculino y validada como forma de poder. De acuerdo con Seidler:

Es como si los hombres pensarán en la razón como algo propio y así legitimaran la organización de la vida privada y pública a su propia imagen. En parte, en esto resuena la falta de interioridad y de vida interior que caracteriza las formas dominantes de masculinidad (Seidler, 2000:26).

En este sentido, la razón legitima la noción de progreso en la modernidad y, por ende, el hombre se equipara con la noción de humanidad, mientras que las mujeres (y lo femenino) pasaron a ocupar el territorio de la otredad, la irracionalidad, la obscuridad y la complementariedad. Kaufman complementará a Seidler al señalar que la masculinidad se legitimó a sí misma como la capacidad de los hombres de ejercer el poder y el control en tanto se suponía que estaba arraigado en la racionalización de las esferas más destacadas de: económica, social, política e individual (Kaufman, 1999).

Sintetizando, la crítica al modelo de la racionalidad moderna de Seidler, así como las aportaciones de Kaufman y Connell que resaltan las distintas formas de ser hombre, interrogan al modelo hegemónico de masculinidad y tocan el tema del poder en tanto ponen de manifiesto cómo su ejercicio no es una característica propia de la masculinidad. Por el contrario, estos autores dejan claro cómo el poder descoloca a los hombres y los ubica en el lugar de otredad, cuestión que se magnifica a medida que los hombres se alejan del modelo hegemónico de la masculinidad.

Otra crítica que los autores sobre masculinidades han realizado a su propia producción es que es hasta muy recientemente que dicha literatura comienza a expandir sus horizontes para ir más allá de lo que ha sido denominado el periodo etnográfico; es decir, la exploración de lo que puede ser la experiencia de lo masculino dentro de distintas relaciones sociales en los contextos locales, o el impacto del ejercicio de la masculinidad en la conformación de las identidades (Connell, 1998a). El reconocimiento de que los ejes de investigación que parten de la cotidianidad se priorizaron, se apoya en la necesidad de documentar cómo los hombres no sólo ejercen el poder, sino cómo ese ejercicio les afecta. Sin embargo, a manera de reflexión puede acotarse que este análisis aún debe ampliarse para explicar cómo los hombres ejercen el poder dentro de la familia, la sociedad, las instituciones, dentro de la pareja y en la relación con los

hijos; el análisis de las masculinidades también deberá expandirse para incluir cómo pese a la transformación del papel social de las mujeres que las empuja al mercado de trabajo en un momento histórico en que los movimientos internacionales de mujeres han logrado impactar de manera significativa los discursos sobre derechos sexuales y reproductivos, así como en el tema de la igualdad, aún no logra transformar en distintos contextos a los hombres.

De acuerdo con Kaufman (1999), el énfasis en el impacto del poder en la vida de los hombres se justifica como una forma de deconstruir la idea de la masculinidad con el ser un hombre *en* el poder, *con* poder y *de* poder y, por tanto, cerrando el espacio para que los varones puedan disentir y evidenciar el impacto real del poder en sus vidas. Sus reflexiones son relevantes porque nos muestran cómo la noción hegemónica del poder convierte el cuerpo y la vida de los hombres en expresiones del mismo, que imponen costos personales muy altos. Kaufman resalta la importancia de abordar la manera en como el ejercicio del poder afecta a los hombres; su enfoque procura mostrar cómo el control sobre los sentimientos, deseos y sueños les resulta doloroso y –aunque beneficiados por privilegios y acceso a diversas formas de ejercicio de sus derechos, en mucho superiores a las mujeres–, pueden llegar a sufrir por ello, “El poder causa inmenso dolor, aislamiento y alienación, no sólo a las mujeres, sino también a los hombres” (Kaufman, 1999:75).

Kaufman también focaliza sus esfuerzos en entender cómo se interioriza el poder y cómo ello es la base de una relación contradictoria para los mismos hombres en tanto la interiorización de las imágenes, preceptos y prácticas derivadas de estereotipos hegemónicos tiende a negar diferencias entre ellos y a aislarlos si no cumplen con tales premisas, produciendo sensaciones de sufrimiento e insatisfacción. Su posición es que a través de reconocer el impacto del poder en la vida de los varones es que se asentarán las bases para un movimiento encabezado por hombres, cuyo itinerario no sea meramente apoyar las luchas feministas, sino consolidar una agenda propia del cambio. Ésta se basaría en el reconocimiento tanto de los efectos negativos del poder en la vida de los hombres como del impacto destructivo del ejercicio de la violencia masculina en los otros, incluidas las mujeres:

Una vez que los hombres incluyen un análisis del impacto de una sociedad dominada por los hombres en ellos mismos, el proyecto se transforma no sólo en pro-feminista, pero también en algo que es anti-sexista (en el sentido que las ideas y prácticas sexistas afectan a ambos, hombres y mujeres, aunque diferencialmente), anti-patriarcal y anti-masculinista. Mientras que las propuestas se vuelven claramente afirmativas de los hombres, tanto como afirmativas de las mujeres (Kaufman, 1999:93).

Kimmel (1999) destaca que la masculinidad se afirma a través de esquemas jerárquicos que excluyen la identificación con lo femenino, o con aquellos sujetos sociales que representan la vulnerabilidad (ancianos, niños, mujeres, homosexuales, lesbianas) mediante pautas homosociales, homoeróticos y jerarquizaciones sexistas. Según Kimmel, la masculinidad se ha definido como el alejamiento de las mujeres, el repudio y devaluación de la femineidad. Los hombres pronto aprenden a suprimir la separación de las emociones, de la ternura, incluso de la delicadeza y la modestia para no parecerse a las mujeres.

Algunos otros autores señalan la crisis de las masculinidades como punto de partida para referirse a las desiguales relaciones de poder entre los hombres, pues se privilegia el análisis de los sujetos masculinos al margen del impacto desigual del ejercicio de poder entre desiguales; por ejemplo, sin duda existe un poder desigual entre hombres homosexuales y heterosexuales (Dowsett, 2003; Connell, 1983 y 1987). Queda aún por estudiar cómo estos sujetos del sexo masculino, en virtud de la hegemonía, gozan de un poder social mayor para definir y ejercer sus derechos sexuales y/o reproductivos que las mujeres, aun de aquellas privilegiadas por su clase, educación o preferencia sexual.

Existen aportaciones significativas al campo de las masculinidades desde los autores latinoamericanos que trabajan el tema o de escritores de otras latitudes que trabajan las masculinidades latinoamericanas. Una de las características más significativas de la literatura sobre masculinidades de autores radicados o de origen latinoamericano, es que dentro de esta región predominan los autores que ponen a dialogar de manera más extensa a hombres y mujeres a través de la inclusión o diálogo con las aportaciones feministas en sus reflexiones sobre la masculinidad con el propósito de sacudir la base misma de la episteme de este campo de estudio. Entre algunos de los au-

tores seleccionados para discutir en este texto se encuentran, además de los citados en páginas anteriores –como Borillo, Cazes, De Keijzer, Figueroa Perea, Sánchez Rojas, Gutmann, Minello, Núñez Noriega, Olavarria y Parrini–, quienes sostienen un diálogo con los diversos feminismos, las construcciones del género o las discusiones recientes sobre derechos sexuales y reproductivos.<sup>11</sup>

En el caso de Daniel Borillo, autor argentino radicado en Francia, su trabajo sobre homofobia es determinante en la crítica a la masculinidad dominante:

Agresiones a los otros, los distintos, los raros, mujeres, homosexuales, o emigrantes, da igual. Auto lesión y violencia contra uno mismo porque ser hombre implica estrés, tensión y ansiedad de probar todo el tiempo la propia masculinidad (Borillo, 2001).

Borillo señala las conexiones entre violencia de género y homofobia para cuestionar la homofobia social y para establecer acciones preventivas para eliminar la violencia masculina. En este sentido, puede afirmarse que el trabajo de Borillo es una crítica a las masculinidades hegemónicas que presta particular atención a cómo se conjunta el tema de la violencia con la recreación de la *otredad* para enunciar cómo ésta afecta a los sujetos que se ubican en los espacios de subordinación, ya sea desde la homosexualidad o la emigración. De ahí que su aplicación del concepto de *otredad* sea una recreación del mismo planteada por autoras como De Beauvoir o Spivack.<sup>12</sup> La crítica al ejercicio del poder establece también una liga directa con el impacto negativo del ejercicio del mismo en la vida de los hombres, por el costo que éste les cobra a través del estrés,

---

<sup>11</sup> Estos autores fueron escogidos utilizando tres criterios complementarios: 1) se encontró que tenían un manejo más explícito de la categoría del poder, 2) llegaban a la noción del poder a través del análisis de relaciones de género dentro del campo de la salud reproductiva, o bien, 3) tocaban el tema del poder a través de nociones de derechos reproductivos. Esta selección permitió establecer una continuidad entre sus investigaciones y aquellos autores de habla inglesa o circulación internacional analizados al inicio de este trabajo. Cabe destacar que el énfasis de este ensayo se centra en el manejo de la noción del poder de distintos autores, por ello en ningún caso se pretende ofrecer un recuento exhaustivo de la obra individual de los académicos/as seleccionados/as.

<sup>12</sup> De Beauvoir, Simone, 1953. *The Second Sex*, traducción y edición de H. M. Pashley, Nueva York: Knopf, 1957 y Spivack Gayatri, 1988, *In Other Worlds: Essays in Critical Theory*, Nueva York, Routledge.

la tensión y la ansiedad. En este sentido, se puede afirmar que Borillo ofrece un análisis subjetivo del poder.

De Keijzer (1999) enfatiza la necesidad de plantear el papel de la educación sexual, el involucramiento de hombres en partos, la concientización respecto a una paternidad con perspectiva de género como acciones clave para promover la transformación de las masculinidades hegemónicas. Tomando como referentes teóricos el concepto de *habitus* de Bourdieu y de hegemonía de Gramsci, este autor llama la atención sobre los patrones de riesgo que los hombres adoptan cuando siguen los modelos dominantes de masculinidades.<sup>13</sup> De Keijzer establece como primer derecho de los hombres el acceso a salud reproductiva que no sólo beneficie a las mujeres, sino que atienda las necesidades propias de los hombres. El enfoque que ofrece De Keijzer combina el análisis sobre cambios en el mercado laboral con el descenso en la fecundidad para mostrar cómo ambas tendencias están favoreciendo en el caso de América Latina una crisis en los modelos de autoridad masculina en el ámbito de la familia que pueden llevar a la creación de nuevos conflictos, tanto como a una posible transformación de la masculinidad hegemónica, sobretodo si dicha transformación es alimentada por la acción de grupos comprometidos con dicha agenda (De Keijzer, 2006). Podría decirse que el trabajo de Keijzer está en dialogo con el realizado por Borillo, Connell, Kimmel, entre otros, ya que llama la atención sobre el costo de la masculinidad hegemónica en la vida y salud de los hombres, refiriéndose en particular a los beneficios de realizar un cambio a favor de la transformación de conductas tomando como referente el campo de la salud reproductiva (Salud y Género, 2003). En obras previas, el autor argumenta que una educación sexual no sexista que estimule a los hombres a adoptar una perspectiva crítica de género los llevaría al cuidado del cuerpo no únicamente como responsabilidad sino como derecho (1999). Como vemos, el trabajo de Benno de Kaijzer

---

<sup>13</sup> De acuerdo con Bourdieu, los seres humanos se construyen de manera socio-cultural y por ende funcionan en un complejo conjunto de disposiciones duraderas contraídas a través de una interiorización y corporeización de los discursos sobre “el ser hombre” y sobre “lo masculino”. Dicha matriz incluye el pensamiento, la percepción, los sentimientos y la acción y actúan como núcleo de las prácticas determinadas por la socialización del género al que Bourdieu llama el *habitus*. De Keijzer utiliza el concepto de hegemonía para llamar la atención acerca de que en las relaciones de género no sólo existe dominación sino la aceptación pasiva o activa de dicha dominación (Bourdieu, 2001).

entra en diálogo con la literatura feminista al abordar el tema del cuidado como derecho, destacando que los hombres deben cambiar su aproximación al cuerpo desechando los valores de la masculinidad hegemónica que destacan el abuso sobre el cuerpo como símbolo de hombría. En tanto los escritos de Benno de Kaijzer están orientados hacia la acción, sus trabajos ofrecen modelos de intervención donde sobresalen las manifestaciones en la vida cotidiana del ejercicio social del poder institucional. Frente a este ejercicio del poder sobresale su planteamiento sobre la educación no sexista como forma de combatir dicho ejercicio del poder.

En el trabajo reciente de Figueroa sobresale el planteamiento sobre las conexiones establecidas entre derechos reproductivos y masculinidades (Figueroa, 2006). Figueroa Perea adopta un enfoque más complejo sobre los derechos al ligar este tema con el ejercicio de la paternidad. Esta asociación le permite plantear la necesidad de explorar experiencias masculinas desde “la soledad en la paternidad” para entender los aspectos positivos de dicha vivencia que lleven a los hombres a identificar carencias y necesidades; se considera que dicha identificación puede ser el preámbulo para demandar derechos que les lleven a redefinir su relación con las mujeres desde una perspectiva de derechos. Sus reflexiones son una respuesta a los planteamientos feministas sobre la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos que, por un lado, reconocen dichas reivindicaciones y, por otro, ubican a los hombres en un papel que vaya más allá de ofrecer solidaridad en su papel de responsables. Adicionalmente, el trabajo de Figueroa Perea realiza contribuciones importantes al darle un marco ético al ejercicio del derecho a través de resaltar el papel del intercambio ético basado en una perspectiva que contemple el derecho (Figueroa y Olguín, 2000 y 2001). Consideramos que la dificultad de este análisis radica en establecer un punto de vista que privilegia la perspectiva filosófica y por tanto adopta una enfoque aspiracional a tomarse en cuenta en el establecimiento de intercambios personales entre hombres y mujeres. En este sentido, se dificulta el aplicar el mencionado análisis a las relaciones desiguales en las cuales están enmarcadas las dinámicas entre hombres y mujeres en la sociedad contemporánea actual, debido a la ausencia de un dialogo intergenérico en una plataforma que permita documentar o tener en cuenta el diferente acceso

al poder entre hombres y mujeres. Una dificultad adicional que enfrenta el trabajo de Figueroa Perea es que el autor “brinca” del análisis relativo a la negociación en términos democráticos y de la igualdad dentro del acto reproductivo al ejercicio de la paternidad. Este brinco lleva a la dificultad de comprender cómo rearticular los derechos reproductivos, los derechos a la paternidad de los hombres con los derechos de las mujeres, por ejemplo, los derechos sexuales; en otras palabras, si el propósito continúa siendo construir una justicia social que incluya a las mujeres, es necesario retejer el concepto de derechos reproductivos de los hombres con los puntos de mayor vulnerabilidad que pueden experimentar las mujeres y, luego entonces, retejer los derechos sexuales masculinos y de las mujeres. Este punto de tensión es reconocido por Figueroa cuando señala que:

Es necesario sistematizar las normas institucionales y sociales que legitiman la resolución (a veces inequitativa) de dichos dilemas y, a partir de ello, la forma en que los actores sociales específicos pueden participar en la transformación de las condiciones que dificultan el ejercicio de los derechos reproductivos, dentro de un proceso de cambio social más amplio (Figueroa, 2006:28).

Sin embargo, si bien esta perspectiva es excepcional al nombrar el papel de las instituciones en la construcción y recreación de las masculinidades, el análisis aún se mueve en el terreno de las prácticas y los privilegios masculinos sin que logremos entender cómo se podrían transformar los malestares masculinos en políticas públicas, transformaciones culturales y movilizaciones sociales que tengan como propósito una justicia social que incluya a las mujeres, ¿se pensará que este objetivo es ajeno a las masculinidades y propio de la lucha callejera feminista?

Para el caso de México, un ejemplo del análisis de los papeles cambiantes de los hombres se encuentra en los estudios de Matthew Gutmann, quien a partir de su trabajo de más de una década con hombres de sectores populares en la colonia Santo Domingo (Coyoacán, México, DF), ha ofrecido importantes reflexiones sobre la masculinidad. En sus trabajos pioneros (1997 y 1998), Gutmann destaca los sentimientos confusos y cambiantes relacionados con los términos *macho* y *machismo*, cuya historia

etimológica es relativamente corta y cuyo surgimiento como rasgo cultural se ubica —siguiendo a escritores como Monsiváis— vinculado a la época de oro del cine mexicano de los años 1940 y 1950. De acuerdo con Gutmann, el machismo no se reduce a un conjunto coherente de ideas existentes, ya que más allá de ser una forma de conciencia o ideología, es un campo de relaciones productivas. Otro punto abordado es el relativo al cuerpo físico, portador de las expresiones del macho y el machismo que se reflejan en las golpizas, los episodios sexuales, el consumo de alcohol, los alardes temerarios y en el problema de definir las categorías de “hombre” y “mujer”. Gutmann vincula el proceso de construcción del machismo con la búsqueda de una “identidad nacional” que el autor encuentra fundamentada, en México, en los estudios sobre la idiosincrasia nacional de Mendoza (1962), Ramos (1952) y Paredes (1967), entre otros; para él (Guttmann, 1998) hay dos clases de machismo: el que se caracteriza por el valor, la generosidad y el estoicismo, y aquel que se fundamenta en las apariencias, pues la cobardía se esconde detrás de alardes vacíos. Es interesante señalar que si bien este autor se distingue por adoptar un enfoque relacional que destaca la relación cultural que tienen las mujeres con los hombres y cómo influye en la construcción que estos últimos hacen de su propia masculinidad, se detiene en las relaciones de la vida cotidiana, aunque recientemente busca replantear el quehacer de los hombres respecto a su ejercicio del voto, destacando cómo, pese a los esfuerzos realizados, a la fecha queda aún mucho terreno que recorrer en términos de la relación entre hombres y poder, sobretodo, en el campo de la política formal:

El estudio de los varones —*como*— varones de la política no ha emergido por una demanda de ellos mismos; al contrario, el estudio del varón y de las masculinidades ha surgido dentro del movimiento feminista y de los movimientos lésbico-*gays*, en América Latina, y de su demanda por transformar las desigualdades genéricas en todos sus aspectos culturales, sociales, económicos y políticos (Gutmann, 2006).

Las reflexiones recientes se cruzan con las realizadas previamente para poner al descubierto que existe un desbordamiento pluricultural y plurisexual en la construcción de lo que significa ser hombre o ser mujer en las colonias

populares de la Ciudad de México que apenas comienza a ser registrado (Gutmann, 2002). Así, lo que le llama la atención a Gutmann está en la vida cotidiana porque dentro de la corriente antropológica de su interés es fundamental mirarla, pues se considera que dentro de ésta ocurren cambios en la vida de hombres y mujeres que les permiten rebasar los sentidos y significados tradicionales; por ende, hombres y mujeres participan en forma dinámica en nuevas reconstituciones de sus identidades. Más bien, al adoptar un enfoque etnográfico privilegia la relación familiar, social e individual entre los sujetos. Para los fines de este artículo interesa destacar el trabajo de Gutmann tanto porque adopta un enfoque relacional como porque insiste en la necesidad de incluir las ideas y las experiencias de las mujeres en el análisis de la masculinidad, demostrando que las identidades femeninas desempeñan muchas veces el papel de punto de referencia para los hombres en el desarrollo, mantenimiento y transformación de lo que, para ellos, significa ser *hombre*.

El trabajo de Careaga y Cruz Sierra apuntala al análisis de la sexualidad, el ejercicio de la violencia y el poder en escenarios globalizados, y al hacerlo van tejiendo otras temáticas. Su búsqueda es ambiciosa en tanto pretende identificar las estructuras e instituciones sociales dentro de las cuales los hombres ejercen el poder y las mujeres llegan a reproducir el ejercicio del poder (Careaga y Cruz Sierra, 2006). Su trabajo, dirigido a identificar espacios para el diseño de políticas públicas, consistió en la organización de seminarios teórico-metodológicos para alimentar el debate sobre masculinidades a lo largo de una década: 1995-2005.

Minello refiere la necesidad de sostener un diálogo con la perspectiva de género desde el campo de las masculinidades que permita entender a éstas como una construcción histórica y social que refleja los fenómenos de poder dentro de su estructura jerárquica. La aportación de Minello es significativa porque, primero, plantea el campo de las masculinidades como un concepto en construcción; segundo, porque al plantear las masculinidades como una área temática que debe elaborarse desde el género apuntala uno de los aspectos más descuidados tanto por el campo de las masculinidades como desde el género: específicamente la necesidad de privilegiar el diálogo entre hombres y mujeres; tercero, el trabajo de

Minello apuntala no sólo a los aspectos psicosociales o a la construcción subjetiva de las masculinidades, sino que plantea la necesidad de utilizar el campo de las masculinidades como una herramienta analítica útil para pensar las “adscripciones de género tanto en las personas como en las instituciones y las interrelaciones de diferenciación social de género, raza y clase” (Minello, 2002:718). Pese a su sofisticación teórica es importante destacar que en el caso de Minello persiste una dificultad en aterrizar estas ideas en trabajos de campo que ilustren estos distintos niveles de análisis, por tanto, puede destacarse que la mayor utilidad de su trabajo es a nivel de marco de referencia, más que como una propuesta que cuente con trabajo de campo que ilustre las dificultades que surgen en la práctica al tratar de implementar este enfoque multidimensional.

Núñez Noriega propone que para explorar las masculinidades y los hombres es necesario cuestionar el carácter “masculino” de la ciencia: el proceso de producción de conocimiento crítico requiere develar los mecanismos de poder que hacen invisibles ciertas conexiones epistemológicas para analizar las relaciones entre hombres y mujeres y hombres y hombres (Núñez Noriega, 2004). Para elaborar su propuesta, Núñez Noriega retoma la aportación feminista basada en hacer visibles cómo los discursos, relaciones sociales y operaciones materiales actúan sobre el campo científico y académico para obstaculizar la construcción de sujetos genéricos en tanto dejan intocables los entramados de poder sobre el cual se sostienen las relaciones de género. El trabajo de este autor es relevante porque nos da elementos para retomar planteamientos feministas que puedan alimentar una renovación de la perspectiva de género propuestos desde la reflexión sobre las masculinidades que permitan una mayor revisión de este último concepto:

El autor (Núñez Noriega) propone la perspectiva de la construcción social como la posibilidad de la articulación de un enfoque que estudie la categoría “hombre” no como un término transparente, sino como parte de las luchas al nivel de la representación y de la organización de las distinciones de género. Las consecuentes inestabilidades, ambigüedades y contradicciones para la identidad masculina de dicha construcción social permitirían entender, asimismo, las posibilidades sociocognitivas del estudio de los varones como sujetos genéricos (Núñez Noriega 2004:13).

La crítica de Núñez Noriega respecto a la forma como se produce el conocimiento es importante, pues muestra cómo la exclusión de preguntas clave, el silenciamiento de hallazgos y las complejidades para conseguir el reconocimiento académico es en sí mismo un factor que impide la construcción de los hombres como sujetos genéricos. El término sujetos genéricos (*gendered subjects*) es enriquecido por Núñez en tanto muestra cómo es importante reflexionar respecto a la manera en que los sujetos han sido posicionados a través de un complejo proceso de socialización en determinadas coordenadas culturales de género, destacando cómo dichas coordenadas incluyen elecciones metodológicas, epistemológicas y éticas en la producción académica.

De acuerdo con Olavarría, autor chileno, los varones han accedido históricamente a recursos cualitativamente superiores a los recursos de que disponen las mujeres en la construcción de identidades y relaciones de género y, por ende, tienen una posibilidad desigual del ejercicio del poder aun dentro del campo de la subjetividad y la vida. De acuerdo con Olavarría, existe una construcción histórica de la masculinidad que va llevando a la construcción de un modelo hegemónico de la misma que se establece como estructurador de las identidades colectivas e individuales. Este autor plantea cómo este modelo se construye a través de un acceso diferencial de los hombres en al menos cinco ámbitos: 1) *autonomía personal*: se espera que los hijos varones reproduzcan el referente de masculinidad y se les induce a apropiarse de los recursos de poder que apuntan a la autonomía personal y que se resumen en el acceso y dominio de espacios públicos, el uso del tiempo y el manejo del dinero; 2) *el cuerpo*: su construcción y modelaje se convierte en el espacio desde el cual se maneja el poder. El cuerpo del hombre debe ser fuerte, activo, duro, apto para el trabajo, sometido a pruebas y racional (excepto cuando el instinto animal lo llama a la agresión y a la cópula). El apropiarse de la “superioridad corporal” lleva a veces a los hombres no sólo a proteger sino también a ejercer la violencia como otro recurso de poder que les es otorgado dentro de este modelo de masculinidad; 3) *sexualidad*: para ser hombre se debe ser heterosexual, sin embargo, esta sexualidad es percibida como instintiva y, como tal, exime a los hombres (se autoeximen) de las responsabilidades de la reproducción, entre otras cosas; 4) *la relación con otros/as*: se definen en términos dicotómicos ubicando al otro/a en posición

minusvaluada y, por tanto, abriendo la puerta a las discriminaciones; 5) *posición en la familia*: se naturaliza la construcción social de la familia y se ubica a la mujer como complemento del hombre quien, al momento de formar un núcleo familiar con su pareja, deviene en proveedor, autoridad y jefe de familia (Olavarría, 2001:32-36). La importancia de las reflexiones de Olavarría se encuentran en su capacidad para desagregar de manera articulada el ejercicio de poder dentro de un esquema comparativo que incorpora el papel de subordinación de las mujeres dentro de un marco constructivista. Específicamente esto representa una aportación porque da cuenta de un proceso histórico de ejercicio del poder que no descuida la dimensión relacional entre hombres y mujeres.

Avances recientes dentro del campo de las masculinidades destacan la importancia de precisar qué se entiende por poder dentro del campo de las masculinidades (Parrini, 2007). Parrini se propone aclarar el uso de las categorías de *hegemonía* y *dominación* manejadas en el campo de las masculinidades porque éstas han sido referentes para el análisis del poder dentro de dicho campo. El autor toma como punto de partida la definición de *patriarcado* de Spivak, de acuerdo con la cual éste es el lugar de la acusación tanto como el espacio desde el que se puede impugnar el poder de los hombres a través de esgrimir los argumentos y prácticas que lo desbaraten. Según el autor, se hace necesario distinguir entre conceptos como patriarcado y dominación que son nociones universales y por ende transculturales y trahistóricas que ofrecen un sentido unívoco de los fenómenos que tratan de explicar y otros que “abren” la discusión al mostrar la complejidad en la cual se encuentra inmersa la práctica de las masculinidades como sería el concepto de hegemonía. Parrini revisa el uso del concepto de dominación en Godelier y en Bourdieu (Godelier, 1981; Bourdieu, 2001),<sup>14</sup> asimismo Parrini contrasta

<sup>14</sup> De acuerdo con Godelier, la dominación masculina ha sido universal y por ende ha tenido una presencia trahistórica que ha legitimado la dominación masculina en todos los aspectos de la vida de las mujeres, haciendo hincapié en el control de la fecundidad femenina. Estas características permiten que la dominación no sólo sea física sino que esté acompañada del ejercicio de la violencia simbólica. De manera similar, Bourdieu utiliza su investigación etnográfica realizada en Cabília, zona montañosa de Argelia, para proponer un análisis teórico de acuerdo con el cual la dominación masculina adquiere un carácter paradigmático que involucra la perpetuación del orden establecido. Por tanto, la dominación es para Bourdieu una forma de relación social que se naturaliza convirtiéndose en esquemas simbólicos inconscientes revestidos de niveles de acción que permanecen inmutables y que por tanto se establecen

este concepto con el de hegemonía propuesto originalmente por Gramsci, reelaborado por Connell, Kimmel, Kaufman, Siedler, así como por autores latinoamericanos como Valdés y Olavarría. La aplicación del concepto de hegemonía en el campo de los estudios de las masculinidades es importante porque apunta hacia la construcción histórica y cambiante del poder, ya que se refiere a las estrategias para ejercer masculinidades dominantes mediante la exaltación de determinados modelos y su correspondiente construcción como ideales culturales, así como del ejercicio de un poder institucional sea colectivo o individual. A partir de la distinción entre hegemonía y poder Parrini destaca cómo:

La forma en que se entienda el poder y se describa su funcionamiento incidirá en la comprensión del estatuto de la masculinidad, su relevancia para las relaciones de género: el vínculo entre hombres y mujeres, entre sujetos de diversas orientaciones eróticas y sexuales; así como las posibilidades de transformación a las que debemos atender (Parrini, 2007: 96-97).

La aportación más importante del trabajo de Parrini es ofrecer dos categorías de gran anclaje teórico: dominación y hegemonía contrastando y profundizando en su uso dentro del campo de las masculinidades. Apoyándose en autores como Anderson y Boggs, Parrini rastrea el concepto de hegemonía para mostrar cómo éste nos permite comprender las sutiles pero penetrantes formas de control ideológico y de manipulación que son la base de las estructuras represivas. El concepto de hegemonía es útil para mostrar el ejercicio diferencial del poder y contrasta con la representación dicotómica que se ofrece de éste por el concepto de dominación, pues captura cómo el ejercicio del poder requiere una síntesis entre el consentimiento y la coerción. De este modo, se aborda cómo se interioriza el ejercicio del poder. Como indica Eagleton,

[...] en una sociedad compuesta por individuos “libres”, cada uno de ellos debe constituir su propio autogobierno; cada uno debe “interiorizar” el poder y hacerlo espontánea-

---

como habitus corporales de comportamiento. Una aplicación en México del análisis de la dominación se encuentra en el trabajo *El machismo invisible* de Marina Castañeda (Castañeda, 2002).

mente propio y llevarlo consigo como un principio inseparable de la propia identidad (Eagleton, 1997:154, citado en Parrini, 2007:105).

## Escribe Gramsci que

[...] un orden social debe constituirse de tal forma que “el individuo pueda gobernarse a sí mismo sin que su autogobierno entre en conflicto con la sociedad política, sino que más bien sea su continuación normal, su complemento orgánico (Eagleton, 1997:154, citado en Parrini 2007:105).

Parrini muestra que si bien los estudios de las masculinidades se han orientado más hacia el concepto de hegemonía no por ello deja de utilizarse de manera descriptiva:

El uso del término [hegemonía] corresponde más a una etiqueta descriptiva que a una discusión acabada acerca de su pertinencia para investigar las relaciones de género y la conformación de la masculinidad en nuestras sociedades (Parrini, 2007:104).

De ahí deduce Parrini que es importante prestar atención a los mecanismos intrapsíquicos de construcción del poder, tanto como a la forma en que el comportamiento individual y la construcción de las subjetividades se entrelaza con el ejercicio institucional del poder.

Para recapitular, distintas vertientes de la literatura sobre masculinidades abordan el tema del poder, particularmente adoptando un enfoque del ejercicio del micropoder y, por tanto, mostrando que los espacios desde los cuales se construye la subjetividad o se establece la comunicación cotidiana son relevantes en el análisis de la relación del poder. Este enfoque les permite mostrar a los distintos autores de las masculinidades, aquí citados, que los hombres no son un grupo unitario y que el documentar la existencia de una amplia heterogeneidad entre los hombres es una importante ventana de comprensión respecto al ejercicio de la masculinidad hegemónica y la exclusión y desigual acceso al poder de distintos hombres. Adicionalmente, otra de las aportaciones innegables del campo de las masculinidades es el haber prestado atención al proceso de transformación que éstas están te-

niendo, incluso prestando atención a las dimensiones simbólicas que ocurren dentro de periodos históricos de cambio social, en los cuales hombres y mujeres van asumiendo roles cambiantes (Montesinos, 2004; Arango *et al.*, 1998; Segal, 1997).

Tal y como este capítulo ilustra, el estudio de las masculinidades abre la puerta a las interpretaciones e interpelaciones sobre el significado de ser hombre tratando de comprender cómo cambian los papeles sociales al punto del desmoronamiento, generando un sinfín de “malestares” que a veces resultan incomprensibles para los propios hombres. Puede afirmarse entonces que hasta ahora la propuesta central de la literatura sobre masculinidades ha girado en torno a resaltar las distintas formas de ser hombre como una forma de cuestionar al modelo hegemónico de masculinidad.

Los avances planteados dentro del campo de las masculinidades nos llevan a ser parte de los esfuerzos por continuar estableciendo un debate entre las masculinidades y la o las perspectivas de género y los feminismos para propiciar una mayor interacción entre estos campos. A continuación se ofrece un reconocimiento de las rutas posibles para profundizar en este ejercicio. Primero, se requiere continuar ahondando desde una perspectiva teórica y empírica no sólo en el reconocimiento sobre la existencia de identidades diferenciadas entre sujetos masculinos y del ejercicio de los micropoderes entre varones y mujeres, sino entrecruzar de nueva cuenta este análisis con la forma como las instituciones alimentan y construyen el(los) poder(es) masculino(s). Como destaca Parrini: “Es una tarea pendiente la de apropiarse del concepto [de hegemonía] forma más concienzuda, a la vez que específica.”

Por tanto, comparto con los autores que dentro del campo de las masculinidades van orientando sus esfuerzos hacia la necesidad de aplicar el concepto de hegemonía al análisis de procesos de construcción de las masculinidades en contextos específicos. En particular, ésta es una forma de continuar imbricando las implicaciones sociales e históricas de las construcciones del poder y de las acciones, percepciones e ideas en que se encuentra inscrito el ejercicio de las masculinidades, donde confluyen dimensiones individuales y subjetivas con aspectos macrosociales y discursivos (Ramírez Rodríguez, 2006). Segundo, considero necesario continuar elaborando en

la construcción teórica basada en un acercamiento directo con los hombres –pero en diálogo con las mujeres– para construir nuevas vetas en la literatura sobre masculinidades, género y feminismos. Un análisis de este tipo permitirá superar la separación entre los campos del género y las masculinidades, a la vez que explorar en mayor profundidad las conexiones entre acción colectiva e individual. Es decir, al plantearse el estudio de la construcción de la hegemonía y los consiguientes ejercicios de autoridad y legitimidad que implican, se encontrarían las resistencias al cambio por resabios en las identidades masculinas y femeninas, así como por los arreglos institucionales que las sostienen. Por ende, un acercamiento de este tipo ampliaría el entendimiento de los obstáculos y posibilidades para la transformación social amplia. De este modo, al avanzar en el reconocimiento de los procesos de mediación entre lo micro y lo macro se ahonda en las conexiones entre la masculinidad hegemónica y el reconocimiento de la diversidad de experiencias de masculinidades en la cotidianidad, sin dejar de lado los procesos de validación o legitimación que ejercen las instituciones y los medios de comunicación.

Tercero, para seguir enriqueciendo el campo de las masculinidades y su intersección con la perspectiva de género, sería necesario continuar aterrizando el análisis del ejercicio –o ausencia de ejercicio– del poder masculino en temas cruciales de la salud reproductiva como son la percepción, construcción y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, ya que este terreno ofrece un singular entrecruzamiento entre dimensiones micro y macro sociales que a su vez se cruzan con la ley, la autoridad y las formas legítimas o no de ejercicio del poder. Por ejemplo, el análisis de las masculinidades puede continuar siendo enriquecido en la medida en que profundice, por ejemplo, en el análisis de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque metodológico que combine la perspectiva relacional, es decir, aquella que incluya no sólo a hombres y mujeres al mismo tiempo que sea multidisciplinaria y por tanto preste mayor atención a la dimensión institucional.

En los párrafos que se ofrecen a continuación se ofrecen reflexiones que permitirán entender la importancia del campo de los derechos sexuales y reproductivos como terreno para trabajar las mediaciones y cruces entre los

niveles macro y micro sociales. Como punto de partida de esta discusión considero que vale la pena retomar a escritores como Foucault, que sin trabajar dentro del campo de la masculinidad propiamente, muestra cómo la razón encuentra en la ley y el derecho capacidad de erigirse como rectora del orden social:

En ningún lugar el poder tiene mejor arraigo que en la Ley (escrita con mayúscula), en el derecho, porque de este modo define lo que lícito e ilícito, diferenciando lo permitido de lo prohibido. Segundo, el derecho puede verse como una manifestación del poder en tanto que a través del lenguaje y los discursos articula las normas y la primacía de las leyes. Finalmente, el derecho sostiene y se sostiene en el quehacer de múltiples instituciones, así como en las normas y las costumbres (Foucault, 1990:84).

Esta definición de Foucault es relevante porque nos permite traducir la equiparación, un tanto abstracta, entre razón y poder para entender las conexiones entre derechos, autoridad, ley y poder. Su definición nos lleva a una reflexión primordial: el tema de los derechos sexuales y derechos reproductivos tiene que ver con la autorización no sólo personal, sino también social porque conlleva el aval colectivo de los actos con base en lo que es legítimo hacer. Retejer el ejercicio de los derechos a través de comprender cómo se entrecruza la dimensión micro y macrosocial sería parte de una reescritura de la “razón masculina”, a la que se refiere Seidler en la modernidad, ya que al incluir el derecho nos estamos refiriendo no sólo a cómo la razón es la base de la construcción de la racionalidad sino del derecho, y por tanto podemos entender cómo éste es un eje central del poder en tanto al afianzarse en la ley ésta se convierte en el motor articulador del universo de lo posible y legítimo —o no dentro de las sociedades.

El análisis del entramado institucional sobre el cual funcionan las relaciones desiguales entre hombres y mujeres nos llevaría no solamente a la comprensión de los privilegios masculinos. Más bien, nos lanzaría al análisis de cuestiones espinosas pero centrales para comprender la masculinidad y su reencuentro con la perspectiva de género: parte de la comprensión de la vinculación de las masculinidades con las instituciones requiere pasar no sólo por la comprensión del Estado sino de explorar el tema de la legítimi-

dad. Es decir, cómo los dominados comprenden el poder. Abordar entonces el tema del ejercicio del derecho y su arraigo en las instituciones permitiría no sólo prestar atención a las estructuras administrativas o burocráticas que construyen al Estado, sino al entramado de relaciones que recrean dichas construcciones y las legitiman con su adaptación a los valores. Explorar las conexiones entre legitimidad y ejercicio del poder a través de los arreglos institucionales a los hombres dispuestos a ejercer determinadas masculinidades y conocer cómo las mujeres otorgan a los hombres privilegios a costa de su autonomía es aún un ejercicio pendiente. Profundizar en el mismo abriría la puerta tanto a la necesidad de estudiar el papel de las mujeres en preservar las masculinidades como al de las masculinidades hegemónicas y subalternas en recrear la hegemonía. Cabe destacar que avanzar en la relación del poder –tal y como ha sido definido por los masculinistas– pero vinculándolo con el análisis de la legitimidad y el papel de las instituciones, *a través de estudios pormenorizados que permitan aproximaciones graduales a la construcción de la hegemonía*, es al mismo tiempo una ruta para entender la “constelación de intereses”, que incluye a las mujeres como sujetos concretos a la vez que mostrar cómo las dinámicas institucionales las sobrepasa reforzando las constelaciones de intereses cercanos a las masculinidades dominantes.

Como es sabido, el análisis del reconocimiento subjetivo del poder no es un tema reciente, sino que ya figuraba en la teoría de la legitimidad elaborada entre 1909 y 1913 por Max Weber, pero no por ello ha perdido su vigencia (Manfrin, 2005). Valdría entonces conocer cómo se construye la “soberanía” y el estado actual de los derechos masculinos, mirando de nueva cuenta a las aportaciones más convencionales del análisis sobre construcción del poder, tanto como continuar invitando al debate a autores más críticos sobre el poder, por ejemplo, Foucault. Reflexiones de este tipo alimentan la idea de que es necesario prestar mayor atención al papel de las instituciones y no sólo al ejercicio de los micropoderes. Si Weber sólo pudo realizar una propuesta de reformas constitucionales a través de un profundo examen crítico a la situación institucional del Imperio alemán, valdría la pena preguntarse si no es necesario entender cómo se insertan las masculinidades dominantes en las formas específicas del ejercicio del derecho local.

Ciertamente, los estudios sobre masculinidades han partido de críticas recientes a los esquemas filosóficos jurídicos del poder que les han permitido identificar la complejidad de su ejercicio. Abordar entonces cuestiones como el impacto de las acciones masculinas en el cuerpo de las mujeres ayudaría a fortalecer el campo de las masculinidades y a alejar dudas sobre si este campo ha privilegiado un acercamiento a las necesidades de los hombres sólo como son planteadas por ellos mismos. Desde mi punto de vista, la elección de las preguntas primordiales respecto al ejercicio del poder por parte de los masculinistas ha sido estratégica y conceptual: se considera que es más representativo el campo de las masculinidades si los hombres se sienten incluidos, y por ello se soslaya esa parte de la noción de los derechos enfatizada antaño por las feministas durante la década de 1990 y ahora considerada hasta “aburrida”, pues “solo” habla de sus responsabilidades y obligaciones. Sin embargo, esta elección táctica requiere ahora un mayor entretrejimiento con una perspectiva relacional de género que dé cuenta del análisis del poder propuesto por los feminismos y el propio campo del género. Finalmente, si bien es cierto que las masculinidades han privilegiado los análisis contemporáneos del poder haciendo alusión a autores como Gramsci y Foucault, es aún muy temprano para desechar las aportaciones que se pueden realizar de un acercamiento mayor a las corrientes representadas por el neocontractualismo o comunitarismo debido a un énfasis en el déficit normativo y la necesidad de repensar la organización social a través de una redefinición de las instituciones sociales y sus bases éticas, desde donde se pueden apuntalar nuevos sujetos masculinos (Duso, 2005). Asimismo, refiriéndonos de nueva cuenta a la importancia de prestar atención al papel de la acción colectiva y los movimientos sociales en la construcción de teoría social, cabe señalar que los avances recientes en la sociología de la cultura han contribuido a los escritos producidos desde los movimientos sociales al enfatizar el papel del llamado “human agency,” más que el “system agency” en destacar la importancia del tema de la legitimidad (Hanningan, 1993; Beckford, 1989). Las implicaciones de este argumento son dobles: por un lado, sugieren que los movimientos sociales sí van logrando un impacto en las conductas (por ejemplo, estudios realizados en Estados Unidos sobre los movimientos fundamentalis-

tas muestran cómo éstos han provocado cambios en los estilos de vida de la población); en sentido inverso, se podría argumentar que el feminismo, sumado a los cambios en la composición de las familias, ha trazado un cambio importante en la percepción del ser hombre o ser mujer. Por ende, se puede concluir que una literatura sobre masculinidades que explorara más a fondo las conexiones sobre la construcción social del poder —en especial a través de entender las formas de expresión concreta en leyes y esquemas de derecho— tendría un significativo impacto social, aunque para ello requeriría articular a una amplia movilización social. Por ello, explicitar la forma en que los hombres facilitan o no el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como la forma como recrean nociones transgresoras de derecho, nos permitiría aproximarnos a la comprensión de las nociones de poder que articulan y sostienen el ejercicio y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos. Cabe destacar, sin embargo, que las nociones de derecho, autorización o ejercicio de los derechos tienen su origen en desarrollos feministas inspirados en versiones radicales de la democracia participativa que buscan recuperar el derecho de las mujeres a ejercer su sexualidad y controlar su reproducción fuera de la normatividad heterosexista. Por tanto, los derechos sexuales y reproductivos son conceptos epistemológicamente ligados a tradiciones intelectuales separadas de las vertientes teóricas que han influido a los escritos sobre masculinidades. En este sentido, es necesario explorar cuáles son las conexiones entre categorías tales como derecho, legitimidad, autoridad/autorización y poder(es). Por ejemplo, no se puede suponer que hombres y mujeres tienen los mismos derechos que sin revisar que la subjetividad de éstas ha sido construida hasta muy recientemente desde la maternidad y dados los mecanismos de control social se han hecho depositarias de la responsabilidad por la crianza de los hijos/as.

## SEGUNDA PARTE: LAS MASCULINIDADES VISTAS DESDE EL GÉNERO

La identificación de los vacíos y discontinuidades teóricas y metodológicas dentro del campo de las masculinidades en el manejo de la categoría del po-

der, así como la limitada atención prestada a la relación desigual entre hombres y mujeres, llevó a varias autoras a plantearse la necesidad de profundizar en el diálogo intergenérico. Este ejercicio se planteó como un primer intento de establecer un diálogo entre masculinidades, género y feminismos, en particular dadas las implicaciones tanto teóricas como prácticas que la separación de estos campos ha traído en el periodo post-El Cairo y post-Pekín. Realizar este ejercicio no es sencillo, pues significa trastocar tanto el campo tradicional de los feminismos académicos que en sus reflexiones filosóficas se refieren primordialmente a las mujeres como de los escritos sobre masculinidades que han privilegiado a los hombres en tanto sujetos y objetos de estudio. De ahí que valga la pena referirse de manera más específica a los retos que plantea el acercamiento a las masculinidades desde la perspectiva de género.

El primer gran reto que se plantea al realizar entrevistas con hombres y mujeres es preguntarse, ¿qué se entiende por “hombre” y mujer”? Parafraseando a Judith Butler, se corre el riesgo de olvidar que el ser hombre o mujer es en sí mismo un ejercicio *performativo* que acontece dentro de relaciones sociales específicas (Scott, 1990; Butler, 1990). O bien, como señala María de Jesús Izquierdo, es fácil pretender que los hombres y mujeres son siempre iguales y que lo único cambiante son las relaciones sociales, sin embargo:

No vivimos en una sociedad sexista como podríamos vivir en cualquier tipo de sociedad, sino que somos el primer y principal producto del sexismo, somos sexismo corporeizado. Por ello, combatir el sexismo es trabajar en la desconstrucción de las categorías hombres o mujer, al conseguir que sean insignificantes desde el punto de vista social (Izquierdo, 2006).

Discurrir sobre la inestabilidad de la categoría “hombre” o “mujer” no significa sin embargo renunciar a la posibilidad de realizar y analizar de forma concreta entrevistas con hombres o mujeres sino, más bien, tomar en cuenta el proceso de transformación de significados y la variación de los arreglos sociales prestando un reconocimiento explícito a las condiciones estructurales en la cuales acontece la acción social. Específicamente, creo que el campo de las masculinidades, así como el del género, requieren una mayor reflexión sobre las condi-

ciones estructurales cuyo punto mínimo de partida es el reconocimiento de que las mujeres enfrentan limitaciones diferenciadas de los hombres que conllevan mayores niveles de inequidad en todas las esferas de la vida.

Un punto de partida “minimalista” al realizar estudios con hombres y mujeres sería tomar como referencia las necesidades expresadas por las mujeres, a la vez que el sostener el compromiso ético con preguntas inquietantes que nos permitan reflexionar si se puede hablar con ambos sin silenciar a unos y a otras. Trazar un diálogo entre los discursos que hombres y mujeres construyen desde el género. De acuerdo con Rivas, la idea del género como intercambio relacional nos lleva a insistir que tanto los sujetos y las subjetividades no se conforman aisladamente, sino dentro de una imbricada red de relaciones, en un proceso de carácter intersubjetivo que se constituye y reconstituye constantemente por variadas formas de relación entre unos y otros. Desde este punto de vista relacional o contextual, el género es un punto de convergencia de relaciones específicas de carácter cultural, histórico y económico (Rivas, 2007). En el caso de la investigación aquí referida, se entrevistaron a hombres y mujeres heterosexuales para destacar la existencia de rupturas y transformaciones en el espectro de la preferencia heterosexual. Como las investigaciones recientes muestran, y la aquí presentada confirma, nos encontramos ante nuevas formas de autorización de los derechos, particularmente reproductivos por parte de mujeres heterosexuales (Ortiz Ortega, Rivas y Amuchastegui, 2006).

A continuación se analiza la metodología y resultados de la investigación “El rol de los hombres en el ejercicio y apropiación de las mujeres de sus derechos sexuales y reproductivos”, porque la misma pretendió utilizar una metodología multidisciplinaria que prestara atención al contexto socio-histórico en que se ubica la transformación de la subjetividad masculina y femenina.<sup>15</sup> La referencia a este trabajo de investigación tiene dos propósitos: primero, mostrar un ejercicio de vinculación entre la literatura de

---

<sup>15</sup> Esta investigación representa la segunda fase de IRRRAG, concebida en 1999 para examinar el papel de los hombres y sus responsabilidades respecto del bienestar reproductivo de las mujeres. Ésta forma parte de un esfuerzo internacional similar que se realiza en Nigeria, Malasia, Filipinas, Brasil y México, contando con la asesoría internacional de Radhika Ramasubban y Rosalind Petckesky del International Reproductive Rights Research Action Group, IRRRAG (Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

género y la de masculinidades, tomando como punto de partida el presentar a los hombres las necesidades y demandas que las mujeres hacen sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Específicamente, esto permite dar voz a las mujeres y conocer si los hombres respondían desde masculinidades cambiantes a estas necesidades articuladas en momentos como demandas. Se tomó como referencia la voz de las mujeres y no la propia visión sobre la masculinidad que los hombres tienen para enfrentar la crítica que se ha hecho a lo largo del artículo respecto a que la literatura sobre masculinidades es autorreferente, es decir, realizar una interpretación de la masculinidad a partir de los testimonios de los hombres. El segundo propósito es mostrar algunos testimonios de hombres de distintas regiones y generaciones para ilustrar que el elemento de variabilidad respecto a la masculinidad hegemónica que se sostiene en la literatura no se aplica en este caso, y con ello mostrar que la existencia de distintos tipos de masculinidad es un supuesto generalizado de la literatura que necesita ser acotado históricamente. Asimismo, la investigación mostró que las mujeres no tienden necesariamente hacia una resistencia basada en la acción colectiva, sino hacia una integración menos amenazante en sus identidades de género.

### **Metodología**

Para el segundo trabajo de investigación de IRRRAG, se propuso un protocolo cuya metodología cualitativa atendiera la perspectiva relacional entre los géneros; esta visión era importante para lograr los objetivos de crear nuevos campos de reflexión, y de alentar en este marco la capacidad de las mujeres para negociar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos con los hombres. Comprometernos con esta perspectiva significó poner en el centro de la investigación el proceso por el cual los seres humanos devienen en sujetos genéricos, es decir, el aprendizaje por el cual nos hacemos hombres y mujeres, y sentimos, pensamos y nos relacionamos en consecuencia.<sup>16</sup> En el protocolo de investigación *Investigating the Role of*

---

<sup>16</sup> Este aprendizaje se da a través de una referencia permanente a la construcción binaria del género, tanto al femenino como al masculino, de ahí que las relaciones intragenéricas sean tan importantes como las intergenéricas para interiorizar tanto el propio deber ser y no deber ser como el del/la otro/a.

*Men*,<sup>17</sup> se detalla el interés por explorar los deseos, requerimientos y apreciaciones de las mujeres respecto a la competencia de los hombres en el ejercicio de sus propios derechos sexuales y reproductivos, pues en tanto que estos no se involucran –o por lo menos no en el grado en que quisieran ellas– es posible que la polarización entre los géneros avance.

Las nociones de derecho que los hombres entrevistados utilizaron como referencia en sus intercambios con las mujeres se contrastaron con las relativas a “derecho”. Esta comparación busca mostrar que las conexiones de poder que subsisten están poco analizadas o problematizadas, en tanto se identificó que el ejercicio de poder hacia las mujeres se consideraba como legítimo por hombres y mujeres entrevistados. La intención de ligar el análisis bibliográfico con el trabajo de campo es reconsiderar las condiciones prevalecientes en el ejercicio de poder de los hombres y, de este modo, reflexionar sobre los vacíos que subsisten con la idea de coadyuvar a desarrollar programas específicos de salud pública para hombres. Para este tratamiento metodológico nos adherimos a las ideas de (Bruner, 1986) en el sentido de que la experiencia se configura y organiza a partir del lenguaje y del habla, es decir, no pensamos las experiencias como producciones individualizadas o subjetivistas, puesto que el propio discurso con el que los sujetos se constituyen está tramado con los significados sociales, con el orden de las instituciones imperantes, las costumbres y el contexto cultural en el que hombres y mujeres se desarrollan.<sup>18</sup> Por lo anterior, si bien nuestros hallazgos de investigación carecen de la relevancia estadística que permitiera establecer generalizaciones, la solidez de la investigación realizada permite mostrar las diferentes posiciones de hombres y mujeres respecto a la legitimización del poder, y la autorización a sí mismos para ejercerlo proviene de marcos compartidos socialmente.

Durante la primera fase de campo se hicieron entrevistas colectivas de tipo comunitario a mujeres, con el fin de conocer su percepción sobre ellas mismas y sobre los hombres en torno a los estereotipos hegemónicos; estas pesqui-

<sup>17</sup> Protocolo de investigación presentado a la UNFPA en junio de 1998.

<sup>18</sup> Debemos aclarar que si bien el protocolo referido proponía la construcción de etnografías en cada una de las localidades, esto no fue siempre posible; por tanto, el enfoque prioritario es más de tipo psicosocial o sociológico que antropológico.

sas fueron de corte exploratorio, pues en público las mujeres tienden a la norma y a los significados aceptados socialmente.<sup>19</sup> En la segunda fase del estudio se realizaron entrevistas individuales y colectivas –nuevamente de tipo comunitario– a los hombres, en las que se planteó lo vertido por las mujeres, con el fin de revisar las apreciaciones que tienen sobre sí mismos, hacia el ejercicio de los derechos de las mujeres y hacia los modelos de masculinidad hegemónicos, en términos de acomodo o resistencia (ver cuadro 1).

**Cuadro 1. Número y tipo de entrevistas realizadas en cada sede**

Entidad	Entrevistas colectivas de mujeres		Entrevistas colectivas de varones		Entrevistas individuales de varones	
	Urbanas	Rurales	Urbanas	Rurales	Urbanas	Rurales
Ciudad de México	4	0	1	0	10	0
Puebla	2	1	2	0	8	0
Sonora	2	2	2	0	6	6

Este estudio fue realizado con hombres mexicanos entre 1998 y 2002, cuyas características sociodemográficas se presentan en el cuadro 2 (ver página siguiente). La convocatoria de los y las informantes se realizó a través de distintas organizaciones sociales rurales y urbanas, y no se definieron perfiles anticipadamente, antes bien, se privilegió la composición heterogénea de los grupos y su disposición para las entrevistas, con lo que se afirmó la participación de un número amplio y variado de personas, si bien todos/as pertenecían a estratos populares y campesinos.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> La entrevista comunitaria generalmente incluye muchos entrevistados, incluso docenas. En ella se busca que los entrevistados tengan diferente nivel de experiencias y conocimientos sobre el tema, y su finalidad es conocer los hechos que están sucediendo. Algunas de sus características son que los entrevistados acuden de manera voluntaria, las entrevistas se pueden hacer a partir de preguntas generadoras de temas generales o preguntas temáticas y predefinidas, y que los entrevistadores intervienen como conductores y moderadores tomando, en relación con el grupo, una distancia medianamente flexible (Pando y Villaseñor, 2002:227).

<sup>20</sup> Las entrevistas realizadas a hombres en el Distrito Federal y Puebla, tanto individuales como colectivas, se realizaron a miembros de organizaciones políticas que realizan trabajo de base y comunitario, así como gestión en diferentes colonias populares; en Sonora se entrevistó a las parejas de las integrantes de una organización de mujeres de vieja tradición en el estado, mismas que también participaron en la investigación.

Cuadro 2. Variables sociales y demográficas de los hombres entrevistados

Variable	Puebla * (n=34)		Estado de México† (n=12)		Ciudad de México‡ (n=8)		Sonora § (n=10)	
	Número	Proporción	Número	Proporción	Número	Proporción	Número	Proporción
<b>Escolaridad</b>								
Primaria incompleta	2	0.06	0	0.00	0	0.00	4	0.40
Primaria completa	6	0.18	0	0.00	0	0.00	1	0.10
Secundaria incompleta	10	0.29	0	0.00	0	0.00	2	0.20
Secundaria completa	14	0.41	6	0.50	1	0.13	2	0.20
Preparatoria	1	0.03	1	0.08	1	0.13	0	0.00
Técnico	0	0.00	1	0.08	0	0.00	1	0.10
Licenciatura incompleta	0	0.00	4	0.33	1	0.13	0	0.00
Licenciatura	1	0.03	0	0.00	5	0.63	0	0.00
<b>Total</b>	34	1.00	12	1.00	8	1.00	10	1.00
<b>Estado Civil</b>								
Casado	8	0.24	10	0.83	5	0.63	9	0.90
Soltero	24	0.71	0	0.00	1	0.13	0	0.00
Separado	2	0.06	2	0.17	1	0.13	0	0.00
Unión libre	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.10
Divorciado	0	0.00	0	0.00	1	0.13	0	0.00
<b>Total</b>	34	1.00	12	1.00	8	1.00	10	1.00

Cuadro 2 (continuación)

Variable	Puebla* (n=34)		Estado de México† (n=12)		Ciudad de México‡ (n=8)		Sonora § (n=10)	
	Número	Proporción	Número	Proporción	Número	Proporción	Número	Proporción
<b>Actividad</b>								
Estudiante	6	0.18	1	0.08	1	0.13	0	0.00
Trabajador doméstico	2	0.06	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Albañil	3	0.09	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Repartidor	2	0.06	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tornero	1	0.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Empleado	3	0.09	0	0.00	0	0.00	1	0.10
Chofer	2	0.06	0	0.00	0	0.00	1	0.10
Trabajador independiente	1	0.03	1	0.08	0	0.00	0	0.00
Vigilante	1	0.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Maestro	2	0.06	0	0.00	2	0.25	0	0.00
Asistente mecánico	2	0.06	1	0.08	0	0.00	0	0.00
Comerciante	2	0.06	5	0.42	1	0.13	0	0.00
Técnico		0.00	2	0.17	1	0.13	0	0.00
Obrero		0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.30
Pensionado	1	0.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Músico	1	0.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Profesionista		0.00	0	0.00	1	0.13	0	0.00
Promotor	0	0.00	0	0.00	1	0.13	0	0.00
Tareas de campo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.50

Cuadro 2 (continuación)

Variable	Puebla * (n=34)		Estado de México† (n=12)		Ciudad de México‡ (n=8)		Sonora § (n=10)	
	Número	Proporción	Número	Proporción	Número	Proporción	Número	Proporción
Militar	0	0.00	1					
N.E.	5	0.15	1	0.08	1	0.13	0	0.00
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>1.00</b>	<b>12</b>	<b>0.92</b>	<b>8</b>	<b>1.00</b>	<b>10</b>	<b>1.00</b>
<b>Religión</b>								
Católica	22	0.65	11	0.92	5	0.63	6	0.60
Testigo de Jehová	1	0.03	0	0.00	0	0.00	1	0.10
Ninguna	0	0.00	0	0.00	3	0.38	1	0.10
N.E.	11	0.32	1	0.08	0	0.00	2	0.20
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>1.00</b>	<b>12</b>	<b>1.00</b>	<b>8</b>	<b>1.00</b>	<b>10.00</b>	<b>1.00</b>
<b>Promedio de hijos</b>	<b>3</b>			<b>N.E.</b>	<b>2</b>		<b>4</b>	

N. E.= No especificado.

\* Incluye entrevistas individuales y colectivas a las siguientes comunidades: San Jerónimo Caleras y Los Volcanes, Puebla.

† Incluye entrevistas individuales y colectivas en la comunidad del Molinito, Estado de México.

§ Incluye entrevistas individuales y colectivas a las siguientes comunidades: Ures y Obregón, Sonora.

Las preguntas que sirvieron de referente a los investigadores/as –pero que se tradujeron en preguntas más accesibles para facilitar el diálogo en las entrevistas grupales– fueron: ¿cuál es la aportación principal al análisis del poder que se puede hacer cuando se toma como referencia a los sujetos masculinos y se utilizan categorías más cercanas a la experiencia cotidiana? ¿Qué conclusiones se derivan del análisis del poder al dirigir la atención al registro de lo psico-social que guarda menor distancia con la expresión de la subjetividad y que está estrechamente vinculado a la recuperación de la experiencia y sus particularidades?

Vale la pena destacar que aunque estos hallazgos estén enfocados a las expresiones del poder como una de las maneras de ser hombres en el estudio, siempre se planteó una perspectiva relacional con las mujeres. Por ello se enfatiza la manera en que los entrevistados muestran cómo sus prácticas y forma(s) de la(s) masculinidad(es) están construidas en una relación estrecha con lo femenino. En los discursos de los hombres hay pasajes en los que las apreciaciones sobre su desempeño como pareja sexual o reproductiva están organizadas de tal manera, por lo que se supone lo que las mujeres esperan de ellos, asunto que no siempre corresponde a las demandas concretas que ellas dicen solicitudes. Sin duda, sus comentarios tienen una correlación estrecha con lo que suponen que las mujeres advierten de ellos y este patrón relacional se sostiene claramente respecto de la sexualidad y la reproducción (Connell, 1998a y 1998b).

## Resultados

Debido a la imposibilidad de presentar y discutir el conjunto complejo de resultados que la investigación arrojó y dado que los mismos han sido publicados en otros espacios, sólo me referiré a dos cuestiones puntuales para ilustrar las dos conclusiones generales del estudio.<sup>21</sup> Estas son: primero, que los hombres parecen moverse cotidianamente entre el reconocimiento tanto de la masculinidad hegemónica como en la defensa de algunas ideas avanzadas desde el(los) movimiento(s) feminista(s) –como sería el de la di-

<sup>21</sup> Algunos resultados de esta investigación ya fueron publicados en Ortiz-Ortega *et al.*, 2004a; Ortiz-Ortega *et al.*, 2004b; Ortiz-Ortega y Rivas Ziv, 2006.

versidad de experiencias de las masculinidades–, y que van dejando de lado los procesos de validación o legitimación que ejercen las instituciones y los medios de comunicación. Segundo, que las mujeres se encuentran en un proceso de transformación discursiva y práctica mayor que los hombres;<sup>22</sup> este último punto confirma lo dicho hace casi 50 años en los trabajos de Ruth Hartley, quien sostuvo que si un patrón de socialización masculino se mantiene rígido en una sociedad y, al mismo tiempo, los roles femeninos cambian rápidamente, ello resultaría en un rezago masculino (Hartley, 1959). Por tanto, los resultados de la investigación muestran cómo las mujeres se encuentran en un proceso de transformación discursiva y práctica mayor que los hombres; sin embargo, las mujeres se viven como educadoras más que como integrantes de movimientos sociales dirigidos a la transformación social. Por su parte, los hombres reconocen con mayor facilidad la inequidad de género cuando se confrontan con ella y hasta se involucran con la transformación discursiva, pero en la práctica aún adoptan papeles muy tradicionales. De ahí que se pueda deducir que el análisis del poder y su liga con acciones sociales es una cuestión que atañe no sólo al desarrollo teórico o metodológico del campo, sino que forma parte de las opciones de acción colectiva disponibles e identificadas por los sujetos sociales. Por tanto, las percepciones sobre el significado de ser hombre o ser mujer influyen en las nociones sobre autoridad que unos y otras otorgan a la masculinidad, así como en las formas de autoridad legitimadas cultural y socialmente por hombres y mujeres.<sup>23</sup>

La investigación “El rol de los hombres en el ejercicio y apropiación de las mujeres de sus derechos sexuales y reproductivos”, muestra cómo las mujeres se encuentran en un proceso de transformación discursiva y práctica mayor que los hombres; sin embargo, las mujeres se viven como educadoras más que como integrantes de movimientos sociales dirigidos a la transformación social. Por su parte, los hombres reconocen con mayor facilidad la inequidad de género cuando se confrontan con ella y hasta se

<sup>22</sup> Este hallazgo es fundamental para señalar que tanto en el ejercicio del poder como en las nociones de derechos que se van gestando, es indispensable tomar en cuenta los contextos socioculturales.

<sup>23</sup> Por autorización entendemos el proceso mediante el cual las personas se apropian de la capacidad de decidir o ejercer sus decisiones sexuales o reproductivas en contextos donde esta autorización no existe a priori sino de facto.

involucran con la transformación discursiva, pero en la práctica aún adoptan papeles muy tradicionales. Sin embargo, es pertinente referirse a dos resultados específicos para contextualizar los resultados generales.

### *Machismo*

Respecto a la existencia de relaciones inequitativas que se manifiestan en la vida cotidiana de hombres y mujeres y que erige al poder masculino como la condición última de la identidad de los hombres, encontramos que este poder es identificado tanto por hombres como por mujeres como “machismo”, el cual limita la construcción de las subjetividades que se alejan de un carácter violento, impositivo y a la vez indiferente a los padecimientos femeninos; el machismo fue definido por los hombres y mujeres entrevistados como la causa de la desautorización a las mujeres, de las formas de relación inequitativa en el hogar, el trabajo, la reproducción y la sexualidad. Así, tanto los relatos de unos como de otras, ponen en evidencia una fuerte asimetría en las relaciones de poder y una queja permanente de las mujeres por las negativas de los hombres a entablar otras modalidades de relación no basadas en la imposición y violencia. Llama la atención que respecto al machismo, los hombres aceptan con cierta reserva la existencia de estas condiciones de inequidad, pero lo justifican frente a las mujeres porque encuentran una serie de coartadas sociales e institucionales que los legitiman. Sin embargo, hombres y mujeres coinciden en que el rumbo de las cosas tendría que modificarse para lograr un avance en las condiciones sociales.

El estudio muestra sin embargo que la noción sobre poder que los hombres tratan parecería más bien estar asociada con una idea de dominio y no poder como hegemonía o empoderamiento asociado a una capacidad de transformación. Por ejemplo, los hombres de nuestro estudio no parecen estar en un proceso contundente de ruptura o resistencia a los modelos dominantes respecto de la masculinidad hegemónica, si bien enfatizan en sus comentarios una suerte de arrepentimiento por haber infligido sufrimiento y maltrato a las mujeres cercanas, pues tanto para hombres como para mujeres, el machismo —en su versión coercitiva— domina el escenario de sus vidas y desvirtúa la apreciación positiva que los/as entrevistados/as le otorgan a otras formas de poder y control.

[...] porque yo también era ese macho [...] ese hombre [...] ese ogro. Según ello así debe de ser, pero de unos años para acá, me he dado cuenta de que gracias a ella [su esposa] ha sido mi maestra, me ha ayudado mucho en ese aspecto, he venido aprendiendo (Hombre urbano, 65 años, Sonora).

Yo creo que antes que nada, sería quitarnos la idea del machismo, es el principal obstáculo para que ellas se puedan desarrollar. El cambio debe venir de nosotros mismos [...] para que la mujer pueda ser más libre en todo este tipo de cosas, sus decisiones y todo. Yo considero que vivimos en una sociedad que reprime a la mujer [pero] últimamente ya se ha visto que quiere defender, sacan ganas, pero yo pienso que nosotros como hombres debemos contagiarnos, este sentido de ser iguales (Hombre urbano, 24 años, Ciudad de México).

Es importante señalar que para los hombres y mujeres entrevistados el machismo tiene una cara “luminosa” y otra “obscura”, esta última vinculada con la irresponsabilidad, la cobardía, el vicio, la indisciplina, la falta de control sobre sus afectos, el derroche de lo material y la violencia, además de atribuir al comportamiento de los hombres cierta causalidad meramente instintiva. Respecto a la cara “luminosa” del machismo, que es connotada positivamente y legitimada como forma de autoridad prestigiada, aun cuando tampoco se le cuestionen sus efectos en las relaciones entre los géneros. Esta segunda versión es interesante porque la masculinidad aparece asociada a la responsabilidad, la manutención de la familia, la presencia interesada en los hijos y esposa, la lealtad y el cumplimiento de la palabra de honor, pero sugiere el control y el dominio de todas las situaciones sociales y domésticas: el hombre es la cabeza que orienta y dirige la organización de sus miembros con más o menos rigor, y mantiene la disciplina y el control de las apetencias de su familia. Esta otra cara del machismo, si bien parece más amable, encubre una autorización para el ejercicio del poder no necesariamente coercitiva.

[...] pero la mejor riqueza que pueda haber es el control que lleva un padre en una familia con sus hijos, con su mujer y con sus padres. Es lo más bonito [...] no teniendo vicios, yo no fumo, no ando de borracho en la calle, en las cantinas, no tengo ningún vicio de que me pueda gastar dinero de mi bolsa y tirarlo. No voy a bailes porque también consume dinero. Gasto en el baile, que ya no falta el amigo que [dispárame una cena], no

por egoísmo sino que no es el sistema mío. El sistema mío es religiosamente estar en mi casa y mucho respeto también (Hombre urbano, 69 años, Cd. Ures, Sonora).

De los testimonios y hallazgos anteriores se concluye que existe una separación más bien paulatina del machismo, una reconstrucción gradual que se refleja en que en los relatos el machismo se asocia además de manera poco crítica con lo indígena y lo poco letrado, que es a su vez visto como expresión de la impulsividad y la violencia en tanto que no obedece a la razón del conocimiento o la instrucción.<sup>24</sup>

Si bien la educación es identificada por hombres y mujeres como una puerta para el cambio, los entrevistados hombres y mujeres también asociaron el machismo con las condiciones de desigualdad social imperantes, a la frustración de oportunidades o a los excesos de demandas y exigencias a los cuales se somete a los hombres como líderes familiares y colectivos. Cabe destacar que en términos de los resultados de investigación destaca la variable generacional, ya que el mayor cambio se encuentra entre las mujeres jóvenes entrevistadas y entre algunos hombres (por ejemplo, los jóvenes y aquellos cuya educación formal es superior a la de la generación anterior), quienes son proclives al cambio y a aceptar la liberación de las mujeres, los hombres más jóvenes o aquellos que se han incorporado a grupos activistas en pro de sus comunidades son quienes dicen estar dispuestos a compartir el poder con las mujeres y a admitir que ellas tienen condiciones para hacerlo en el ámbito laboral, conyugal y familiar (más aún, en un buen número de testimonios tanto de hombres adultos como de jóvenes, subyace un remanente de culpa por haber cometido o seguir cometiendo infracciones violentas contra sus mujeres); sin embargo, no debemos perder de vista que estos cambios discursivos se han dado en gran medida por las exigencias sociales de compartir un salario, por las exigencias expresadas de sus cónyuges y de alguna manera por el impacto del feminismo y el reconocimiento de los valores democráticos que han penetrado a través de los medios. Pero también es cierto que a estos hombres todavía les pesan los "encargos" de la

---

<sup>24</sup> Sin embargo hay alguna experiencia de hombres que han logrado zafarse del entrampamiento generacional y no reproducen la violencia que vivieron en su lugar de origen.

masculinidad, como la idea de la virilidad sexual que debe exhibirse a toda costa como muestra de su dominio y fuerza corporal; por otro lado, la eyaculación precoz, el desacierto en complacer a las mujeres cada vez más activas, la sensación de desprecio y los celos, son todavía algunos de los fantasmas que les hacen refrendar prácticas de poder inequitativo y autoritario.

Respecto al cambio generacional, cabe destacar que los entrevistados consideraron que la interiorización del macho es un aprendizaje que se lleva a cabo durante la infancia y en el entorno familiar; lo describen como una tradición más que transita de generación en generación a través del ejemplo de otros hombres que muestran su autoridad en los vínculos conyugales y parentales, y que se consolida como el referente crucial de validación de la masculinidad para después seguirse refrendando en otras instituciones y colectivos, ya sea con prácticas y discursos competitivos o como un sistema de convivencia entre unos y otros. Por tanto, la ruptura generacional significa también una renuncia al ejercicio de conducción masculina y a la obligación que supone el esfuerzo sostenido para mantener el prestigio que el liderazgo les ofrece, además del peso constante por la responsabilidad de ser el proveedor de la familia, de la irremisible necesidad de decidir sabiendo que el error caerá sobre sus hombros y que los fracasos serán estrictamente su responsabilidad, así como la exigencia de organizar las formas de existencia que mejor permitan el cumplimiento de los encargos anteriores; algunos otros definen el cumplimiento de estos encargos sociales como una tarea solitaria de la cual no pueden prescindir sin menoscabo de su prestigio social y familiar.

[...] yo creo que a nadie nos gusta que nos traten mal, que nos agredan [...] somos violentos porque no tenemos otras formas de expresar nuestra frustración, nuestro miedo, llorando, gritando. Nos dicen: los hombres no lloran, tengo una bronca, estoy con mis amigos y no lloro, nos tragamos ese coraje, esa frustración. Buscamos desquitarnos con quien tiene más debilidad, que son los niños, las mujeres. ¿Por qué no le rompes la cara a tu jefe? O no te sientes capaz, o no tienes la preparación para buscar otro trabajo. El hombre tiene como ese papel absurdo de líder, de cabeza, que tiene que asumir todo. Si no, va a demostrar, según él, su debilidad y vulnerabilidad (Hombre urbano, 28 años, Ciudad de México).

*¿Ruptura de la autoridad masculina requisito de la autorización femenina?*

Respecto al tema de la autoridad de los hombres entrevistados, llama la atención que cuando ésta fue cuestionada hipotéticamente dentro de la relación conyugal y en el hogar, ellos consideraron que su identidad se desestabilizaba, confirmando que el ejercicio de la autoridad es parte de su masculinidad. Por ejemplo, los hombres entrevistados, independientemente de si habitaban zonas rurales o urbanas no percibieron la ruptura de la autoridad como oportunidad para respetar la autonomía de sus mujeres y el ejercicio de sus derechos, sino como una trasgresión a la normatividad genérica frente a la que se sienten incómodos e inseguros y frente a la cual reaccionaron con dificultad, aunque buscando controlarse:

[...] pues te exaltas más con las copas [uno dice a sus esposas], ¿vas a hacer lo que tú digas o lo que yo diga? Yo te dije que lo hagas así y así lo quiero. Para el tiempo que yo llevo con mi señora, nunca le he pegado, nunca, excepto una vez que la empujé, nada más, pero nunca has visto que yo le ponga un golpe en la cara y la sangre, nunca. Quiero terminar bien, estar en mi casa y no terminar en la cárcel. A veces por celos, a veces porque alguna cosa no se hizo como tú querías. Porque hay ocasiones en que he estado a punto de pegarle a mi esposa, ¿sabes qué?, me salgo, me doy la vuelta, al rato ya se me bajan los humos y ya llego [y le digo] dime si yo tengo una autoridad acá, y si no, ¿qué hago aquí? (Hombre urbano, 32 años, Puebla).

En este contexto lo más difícil de cambiar para los hombres es su propio ideal de responsabilidad ligado al control. De acuerdo con los testimonios entre los entrevistados prevalece el ideal del hombre “cabal” que hace uso de castigos y apremios severos en los cuerpos y vidas de sus subordinados. El siguiente testimonio nos induce a pensar que esta versión del hombre cabal que controla y decide está todavía presente:

[...] si la cabeza principal, el hombre, no se controla desde el principio y no tiene dominio sobre su casa, sobre su administración, si no lleva un control de los ingresos y egresos, de sus bolsillos, de su dinero, de lo que entra y sale, va al fracaso. Para todo se necesita controlar (Hombre urbano, 69 años, Sonora).

La protección se impone aun como una práctica de control bajo argumentos tales como “es por tu bien” y “yo sé lo que te conviene”, se establece así como un cuidado que genera la dependencia y obligatoriedad: uno ordena y decide sobre otro que acata y se disciplina. En el caso de los hombres entrevistados, la tutela aparece como una actitud sobreprotectora hacia las mujeres, pues se considera que tienen poca experiencia en el ámbito sexual, público y laboral, y necesitan ayuda para que realicen sus tareas. Más aún, en algunos de sus comentarios subyacen las ideas de que son ellos quienes impulsan a las mujeres a desempeñar otras tareas además de las domésticas.

Entrevistador: ¿Pero ustedes tienen problemas o se sienten molestos [cuando las mujeres participan en las tareas del gobierno del ejido]?

Entrevistado: no, al contrario, nosotros les damos... de hecho estamos de acuerdo que sea una compañera, darle... como te dijera un poquito de fuerza a las mujeres. Por eso estamos de acuerdo que ella haya sido comisario ejidal y seguimos apoyándola (Hombre urbano, 65 años, Sonora).

Un terreno particular que merece atención para entender el cambio y continuidad en que se encuentran hombres y mujeres es el relativo a la(s) sexualidad(es). En el siguiente testimonio queda patente la importancia que algunas mujeres le dan a su capacidad de decisión respecto de su cuerpo y sexualidad, y cómo la idea del respeto entre cónyuges se liga con una forma de derecho y autorización para negarse o solicitar un encuentro sexual:

Tenemos derecho a decidir si queremos o no hacerlo, si cuando queramos nosotras o no queramos también. Ni que fuéramos robots. A poco si llego y me acuesto y estoy cansada y él quiere, pues no, estoy cansada. Y él debe respetar. Pues que se enoje, que se la aguante. [...] No porque sea mi esposo yo me voy a dejar cuando él quiera. El debe de estar de acuerdo y yo lo debo respetar si está enfermo, si está cansado, yo lo voy a respetar y él me debe respetar a mí cuando estoy cansada, cuando estoy enferma (Mujer urbana, Ciudad Ures, Sonora).

Es importante señalar que hombres de todas las edades coincidieron que la sexualidad es un asunto poco discutido en público debido a cuestiones

religiosas, si bien algunos mencionan que en la actualidad el panorama ha cambiado y tanto los individuos como la sociedad son más permisivos.

Hoy en día la sexualidad se está abriendo paso. Te están diciendo qué es bueno y qué no es. Antes no había ese tipo de información, ni criterio. Hoy en día ya es cuestión si la gente toma los riesgos que quiere o no, está viendo lo que le conviene o no. Por otra parte, la mayoría aquí somos creyentes, se puede decir católicos [...] y por lo regular siempre está la creencia [que dice] "no al aborto", "no a prácticas sexuales diferentes". Yo pienso que una cosa es la cuestión religiosa y otra cosa es tu salud y tu sexualidad. Tú tienes que decidir por ti mismo, porque tú eres dueño de tu cuerpo y tu destino, lo que te diga la religión o no te lo diga eso es muy diferente" (Hombre urbano, 32 años, grupo Los Volcanes, Ciudad de Puebla).

Los hombres entrevistados oscilan entre el reconocimiento de su responsabilidad al hacer de las mujeres víctimas en su propia vida sexual y la reproducción de prácticas asociadas a la exigencia de pureza y fidelidad en ellas, cuando ellos no lo cumplen. En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los hombres entrevistados generalmente aceptan que las mujeres tienen el derecho de decidir sobre su cuerpo, el número de embarazos y el tipo de métodos anticonceptivos, pero en sus experiencias encontramos que: 1) no siempre respetan sus decisiones debido a que no reconocen los intereses y necesidades de las mujeres y frecuentemente obedecen al peso de sus costumbres, el arraigo de ideas y creencias tradicionales en la salud de sus esposas, los prejuicios y el machismo; 2) omiten los requerimientos femeninos, dicen desconocerlos o son indiferentes ante los mismos, lo que se traduce como una forma de control a la reproducción y sexualidad femeninas, y 3) afirman los derechos reproductivos de las mujeres, en tanto estos no contravengan los suyos propios. Por ejemplo, en cuanto al uso de métodos masculinos como la vasectomía o el condón, existe una serie de justificaciones para evitarlos o al menos diferir su uso lo más posible.<sup>25</sup> La vasectomía, en su opinión, es más una elección que se re-

<sup>25</sup> Reiteradamente los hombres argumentan que no están suficientemente bien informados sobre anti-concepción, pero vale la pena analizar si esto se debe a que: a) las campañas son escasas, b) están sólo orientadas a las mujeres, o c) los varones no se sienten aludidos por éstas.

serva al criterio de cada hombre en particular y no como una negociación equitativa entre los géneros; no es menor el hecho que los dos hombres que dicen habérsela practicado sólo la realizaron después de cierta insistencia femenina, como apoyo cuando fue evidente el riesgo de salud de sus parejas y a petición de las mismas. En sus testimonios se expresa la duda sobre su adecuado desempeño sexual en términos de potencia y disfrute, lo que ha impedido el desarrollo de un compromiso con la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, así como sentido de apropiación responsable de la paternidad y, simultáneamente, afianzado su autorización respecto a sus derechos sexuales en detrimento del de las mujeres.

Por ello, nos preguntamos, ¿bajo qué condiciones los hombres estarían dispuestos a facilitar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres? Habrá que considerar las contradicciones entre el discurso y las prácticas pues, por ejemplo, los hombres de Sonora comentan que la sexualidad es cosa de dos y que en el caso de la pareja conyugal –en tanto que es específicamente amorosa– las relaciones sexuales no pueden forzarse ni imponerse, y al mismo tiempo legitiman la obediencia que las mujeres deben a los hombres en distintas esferas de la vida cotidiana, entre las que la sexual no pareciera ser la excepción.

## CONCLUSIONES

A lo largo de este ensayo hemos enfatizado tres lagunas que requieren mayor atención por parte de los autores de las masculinidades: por un lado, el análisis de las dimensiones institucionales del ejercicio masculino del poder; segundo, la necesidad de entender las vinculaciones entre acción colectiva y construcción intelectual; tercero, la necesidad de profundizar en un diálogo con las aportaciones del análisis del poder y del género entre hombres y mujeres que tenga como referencia las voces de éstas.

Otro punto adicional a tomar en cuenta es la discrepancia en los contextos donde surgen los escritos sobre masculinidades. Sin duda, no es similar el contexto australiano, donde la desigualdad y las relaciones de género experimentan importantes procesos de transformación en com-

paración con el contexto mexicano.<sup>26</sup> Por esta razón, las preocupaciones de la literatura sobre masculinidades que surgen en dichas latitudes enfatizan que la masculinidad contemporánea es una noción en permanente desequilibrio y enfatizan el tema de la transformación de las sexualidades (Connell, 1983). Por ejemplo, las conexiones entre sexualidades, derechos y violencia de género son resaltadas en contextos europeos donde la profundización de la crisis de la masculinidad ha sido documentada a partir de cuestionar el ejercicio de la masculinidad hegemónica y de presentarla como un problema de salud pública que promueve tanto la violencia hacia los demás (hombres y mujeres) como la autoagresión. “Ser hombre” dentro de dicho modelo implica estrés, tensión y ansiedad para probar la propia masculinidad. En estos contextos, la importancia del ejercicio de los derechos como terreno para explorar las sexualidades puede comprenderse en tanto que –como establecen algunos autores– la crisis de la masculinidad se ha profundizado y por ello ha alcanzado manifestaciones particulares en el ejercicio de la sexualidad, ¿o cómo explicar –se pregunta Dowsett– la proliferación de las clínicas de impotencia, la oferta de servicios de viagra, las operaciones para extender el tamaño del pene y las clínicas para mejorar la imagen de los hombres nombrados metrosexuales? ¿O la proliferación en los países occidentales, durante los últimos 30 años, de los grupos de hombres que buscan reconcentrarse con su guerrero interior? (Dowsett, 2003). En síntesis, existen diversas formas de aproximarse a la discusión sobre masculinidades y poder. Como primer ejercicio, en este artículo se propuso responder a las preguntas inicialmente planteadas a través de revisar las principales nociones de poder que subsisten en la literatura sobre masculinidades, así como de dimensionar cómo operan estas nociones en trabajos de campo específicos. Como resultado de la revisión teórica, resalta el énfasis en el impacto del poder sobre los sujetos masculinos y que es analizado desde vertientes psicológicas, antropológicas y filosóficas. Algunas aportaciones del enfoque sobre masculinidades es el mostrar los papeles cambiantes que los hombres van adoptando y

---

<sup>26</sup> Según el índice de desarrollo humano relativo al género, en 2005 Australia ocupaba el 2° lugar mientras México se colocaba en el 46° (UNPD, 2005).

el costo de la masculinidad dominante en la vida de éstos, así como un cuestionamiento a las formas que prevalecen como legítimas e ilegítimas en el ejercicio del poder de los hombres hacia las mujeres. Algunas críticas que aquí propusimos versaron en la necesidad de prestar mayor atención a las vertientes institucionales y al papel de la legitimidad en el ejercicio del poder. Ciertamente, la literatura sobre masculinidades no es uniforme y falta ver cómo dialogará en los años por venir (y si lo hará por *motu proprio*) con la nueva literatura sobre empoderamiento o negociación de las mujeres (Seif El Dawla A. *et al.*, 1998; Batliwala, 1998; Kabeer, 1999). Llevar a cabo este diálogo resultaría enriquecedor para los campos del género, los feminismos y las masculinidades pues, como señala Kabeer, bien puede haber personas que ejercitan una gran cantidad de poder en sus vidas al punto de ser poderosas, pero difícilmente se puede pensar en ellas como personas empoderadas pues, en primer lugar, nunca han estado desempoderadas; por ello, el empoderamiento se refiere a un *proceso de cambio* a través del cual las personas adquieren mayor capacidad para ejercer sus elecciones y participar en la toma de decisiones. Entender el papel que los hombres pueden jugar en los procesos de empoderamiento de las mujeres comenzaría a desarticular los enfoques de complementariedad entre los géneros, o los enfoques “rivales” entre feminismo y masculinidades. Como es conocido, el tema del poder involucra dimensiones de acceso a recursos, entendidos como precondiciones para el ejercicio de la elección; en este sentido, es fundamental considerar la distribución de recursos entre los géneros (no sólo materiales, sino culturales y sociales): “Los recursos y la agencia constituyen conjuntamente lo que Amartya Sen llama las capacidades: el potencial de las personas de vivir la vida que desean, de alcanzar formas valiosas de ser y hacer” (Kabeer, 1985).

Propiciar análisis entre los géneros de este tipo es primordial en tanto que las desigualdades entre éstos ocurren tanto a nivel de los intercambios individuales como dentro de las estructuras y los sistemas que asignan *de facto* y *de jure* valoraciones desiguales al quehacer masculino y femenino. Esto se traduce, a su vez, en arquetipos y simbolismos que recrean dicha desigualdad.

Dentro del campo de la sexualidad, los derechos y salud sexuales y reproductivos, hacen evidente que el poder desigual de género resulta en relaciones donde las mujeres se encuentran en desventaja frente a los hombres y

bajo riesgo de contraer enfermedades sexuales. Esto se debe al estándar casi universal que les da a los hombres mayor libertad sexual y más derechos a la autodeterminación que a las mujeres, a quienes se coloca en situación de mayor vulnerabilidad. De lo anterior, se desprende la importancia de incluir la dimensión de poder en tanto se asume que los estudios realizados desde la perspectiva de género tienen por principio buscar relaciones igualitarias y equitativas entre hombres y mujeres.

En los testimonios elegidos se evidencian los argumentos y justificaciones del ejercicio de el(los) poder(es), la coerción y la violencia a través de las formas en que los hombres (y las mujeres) reconstruyen o recrean la autoridad masculina, tanto para entender de qué manera se ejerce el poder como para comprender el modo en que este(os) poder(es) se legitima(n) mediante el consentimiento. Si bien podrían percibirse diferencias significativas respecto al modelo tradicional de familia que asignaba a los hombres la capacidad de decisión, es cuestionable no sólo el valor que los hombres asignan a la masculinidad tradicional, sino qué tanto las mujeres han dejado de ver al hombre como *el referente* de autoridad que las valida en su rol de esposas, madres y en su estatus social, en tanto que únicamente la mujer casada o soltera “decente” goza de prerrogativas y relativos derechos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amuchástegui, Ana y Szasz Ivonne (coords.) (2007). *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. México, DF: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad-El Colegio de México.
- Amuchástegui, Ana (2006). ¿Masculinidad(es)?: los riesgos de una categoría en construcción. En: Gloria Careaga y Salvador Cruz Sierra. *Debates sobre masculinidades: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía* (pp. 159-184). México, DF: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México. .
- Arango, Luz Gabriela, Barreto, Juanita, Deere, Carmen Diana, Giraldo, Luz Estela, Gómez, Fredy, *et al.* (1998). *Mujeres, hombres y cambio social*. Bogotá: Centro de

- Estudios Sociales, Facultad de Ciencias Humanas y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo- Universidad Nacional de Colombia.
- Arilha, Margareth, Mora, Luis, Guzmán, Virginia, Moreno, Claudia y Bonan, Claudia (2005). *Mecanismos de género en América Latina y la Acción del UNFPA: balances y perspectivas*. México, DF: UNFPA.
- Barquet, Mercedes (ed.). (2006). *Avances en la perspectiva de género en las acciones legislativas. Compendio*. México, DF: Comisión de Equidad y Género, Cámara de Diputados LIX Legislatura-Santillana.
- Batliwala, Srilatha (1997). El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En: M. León (comp.). *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 187-211). Bogotá: Tercer Mundo Editores, Fondo de Documentación Mujer y Género-Universidad Nacional de Colombia.
- Beckford, James A. (1989). *Religion and Advanced Industrial Society*. Londres: Unwin Hyman.
- Beetham, David (1991). *The Legitimation of Power*. Nueva Jersey: Humanities Press International, Atlantic Highlands.
- Berer, Marge (1996). Introduction. En: *Reproductive Health Matters* (vol. 4, núm. 7, mayo, pp. 7-10). Londres.
- Bly, Robert (1990). *Iron John: A Book about Men*. Nueva York: Vintage Books.
- Boggs, Carl (1980). *El marxismo de Gramsci*. México: Editorial Premia. Traducción de Juan Carlos Lorente.
- Bourdieu, (2001). *Masculine Domination*. Menlo Park: Stanford University Press.
- Borillo, Daniel (2001). *Homofobia*. Barcelona: Bellaterra.
- Bruner, Edward M. (1986). Ethnography as Narrative. En: Victor W. Turner y Edward M. Bruner (eds). *The Anthropology of Experience*. Chicago: University of Illinois Press Urbana.
- Butler, Judith (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Nueva York: Routledge.
- Cano, Gabriela (2004). Presentación. En: *Debate feminista* (año 15, Vol. 29, abril, pp. 59-65). México.
- Careaga, Gloria y Sierra Cruz, Salvador (2006). *Debates sobre masculinidades: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*. México, DF: Programa Universitario de Estudios de Género-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castañeda, Marina (2002). *El machismo invisible*. México, DF: Grijalbo.

- Castel, Robert (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta.
- Connell, Robert (2003). Masculinidades, México, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- \_\_\_\_\_ (1998a). Masculinities and Globalization. En: *Men and Masculinities* (vol. I, núm. 1, pp. 3- 23). Oxford.
- \_\_\_\_\_ (1998b). El imperialismo y el cuerpo de los hombre. En: Teresa Valdés, y José Olavarría (eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- \_\_\_\_\_ (1997). La organización social de la masculinidad. En: Valdés, Teresa y José Olavarría (eds.), *Masculinidad/es poder y crisis*. Santiago de Chile: FLACSO Chile e ISIS Internacional.
- \_\_\_\_\_ (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- \_\_\_\_\_ (1987). *Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics*. Sidney: Allen & Unwin.
- \_\_\_\_\_ (1983). *Which Way is Up? Essays in Class, Sex and Culture*. Sidney: Allen & Unwin.
- Davies, Nigel (1995). *Los antiguos reinos de México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De Beauvoir, Simone (1953). *The Second Sex*. Traducción y edición de H. M. Paschley, Nueva York: Knopf 1957.
- Dowsett, Garry W. (2003). Masculinity, (Homo) Sexuality and Contemporary Politics. En: Stephen Tomsen, y Mike Donaldson (eds.). *Male Trouble. Looking at Australian Masculinities* (pp. 22-39). North Melbourne, Australia: Pluto Press.
- De Keijzer, Benno (2006). Sexual-Reproductive Health and Rights: What about Men? En: Chavkin y Chesler. *Where Human Right Begin: Health, Sexuality, and Women in the New Millenium*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- \_\_\_\_\_ (1999). Los derechos sexuales y reproductivos desde la dimensión de la masculinidad. En: Figueroa Campos, Beatriz (coord.). *México diverso y desigual: enfoques demográficos* (pp. 307-318), DF: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano-El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía.
- Duso Giuseppe (coord.). (2005). *El poder: para una filosofía política moderna*. México, DF: Editorial Siglo XXI.
- Eagleton, Terry (1997). *Ideología. Una introducción*. Barcelona: Paidós, traducción de Jorge Vigil.

- Figueroa, Juan Guillermo (2006). *Derechos reproductivos y comportamientos reproductivos de los varones*. México, DF: mimeo.
- Figueroa, Juan Guillermo y Olguín Sánchez Verónica (2001). Varones, reproducción y derechos ¿podemos combinar estos términos?. En: *Desacatos* (núm. 6, pp. 149-164). México, DF.
- \_\_\_\_ (2000). La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto. En: *Papeles de población* (vol. 6, núm. 25, pp. 59-82). Toluca, México.
- Flandrin, Jean Louis (1987). La vida sexual matrimonial en la sociedad antigua: de la doctrina de la Iglesia a la realidad de los comportamientos. En: Aries, Philippe *et al.* *Sexualidades occidentales*. México, DF: Paidós.
- Foucault, Michel (1990), *The History of Sexuality* (vol. II). Nueva York: Vintage Books.
- \_\_\_\_ (1984). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México, DF: Siglo Veintiuno.
- \_\_\_\_ (1980). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Gardner, Richard (1998). The Parental Alienation Syndrome (2a. ed.), Addendum I.
- Godelier, Maurice (1981). Male Domination. En: *New Left Review* (núm. 127, mayo-junio, pp. 4-17).
- Gordon, Colin (ed.) (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Nueva York: Pantheon Books.
- Gonzalbo, Pilar (coord.) (1991). *Familias novohispanas. Siglos XVI al XIX*. México, DF: Centro de Estudios Históricos-El Colegio de México.
- Gramsci, Antonio (1980). *Los cuadernos de la cárcel*. México: Juan Pablos editor.
- Gutmann, Matthew C. (2002). Las mujeres y la negociación de la masculinidad. En: *Nueva Antropología* (vol. XVIII, núm. 61, pp. 99-116). México.
- \_\_\_\_ (1998). El Machismo. En: Valdés, Teresa y Olavarría, José (eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina* (pp. 238-257). Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- \_\_\_\_ (1997). Los verdaderos machos mexicanos nacen para morir. En: Valdés, Teresa y Olavarría, José (eds.). *Masculinidad/es: poder y crisis* (núm. 24, pp.153-168). Santiago de Chile: Internacional, Ediciones de las Mujeres.
- \_\_\_\_ (2000). *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México: ni macho ni mandilón*. México, DF: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer-Centro de Estudios Sociológicos; Programa Salud Reproductiva y Sociedad-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano; El Colegio de México.

- Hanningan, John A. (1993). New Social Movement Theory and the Sociology of Religion: Synergies and Syntheses. En: Swatos, William H. Jr. (ed.). *A Future for Religion?: New Paradigms for Social Analysis*. Newbury Park: Sage.
- Hartley, Ruth (1959). Sex Role. Pressures in the Socialization of the Male Child. En: *Psychological Reports* (núm. 5, pp. 457-468).
- Izquierdo, María de Jesús (2006). ¿En qué consiste la masculinidad?: de lo privado a lo público, de lo personal a lo relacional, de lo psíquico a lo social?. En: Careaga, Gloria y Cruz Sierra, Salvador. *Debates sobre masculinidades: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía* (pp. 237-262). México, DF: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Izquierdo, María de Jesús (1998). *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra.
- Kabeer, Naila (1999). *The Conditions and Consequences of Choice: Reflections on the Measurement of Womens Empowerment*. Ginebra, Suiza: United Nations Research Institute for Social Development.
- Kaufman, M. (1999). Men, Feminism and Men's Contradictory Experiences of Power. En: Kuypers, J. A. (ed.) *Men and Power* (pp. 59-83). Halifax: Fernwood Books, pp. 59-83.
- Kemp, Sandra y Squires, Judith (eds.) (1997). *Feminisms*. Oxford: Oxford University Press.
- Kimmel, M. S. (1999). Masculinity as Homophobia: Fear, Shame and Silence in the Construction of Gender Identity. En: Kuypers, J. A. (ed.). *Men and Power* (pp. 107-132). Halifax: Fernwood Books.
- \_\_\_\_\_ (1998). El desarrollo (de género) del subdesarrollo (de género): la producción simultánea de masculinidades hegemónicas y dependientes en Europa y Estados Unidos. En: Valdés, Teresa y Olavarría, José (eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- Liendro, E. (1998). Masculinidades y violencia desde un programa de acción en México. En: Valdés, T., Olavarría, J. (eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- Manfrin, Luca (2005). Max Weber, entre legitimidad y complejidad social. En: Duso, Giuseppe y Silvio Mattoni (coords.). *El poder: para una historia de la filosofía política moderna* (pp. 318-330). México, DF: Siglo XXI.

- Minello Marqués J. V. (1997). Varón y patriarcado. En: Valdés, Teresa y Olavarría, José (eds.), *Masculinidad/es poder y crisis*. Santiago de Chile: FLACSO Chile e ISIS Internacional.
- Mendoza, Vicente (1962). El machismo en México. En: *Cuadernos del Instituto de Investigaciones Folklóricas* (núm. 3, pp. 75-86).
- Minello, Nelson (2002). Los estudios de masculinidad. En: *Estudios Sociológicos* (vol. 20, núm. 60, pp. 715-732).
- Montesinos, Rafael (2004). Los cambios en la masculinidad como expresión de la transición social. En: *El Cotidiano* (julio-agosto, año 2004, vol. 20, núm. 126). México, DF, Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco.
- \_\_\_\_\_ (2002). *Las rutas de la masculinidad: ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Mundigo, Axel (1998). *Re-conceptualising the Role of Men in the Post-Cairo Era. Seminary on Men, Family Formation and Reproduction, International Union for the Scientific Study of Population*. Buenos Aires: CENEP.
- Nicholson, Linda (1990). *Feminism/Postmodernism*. Nueva York: Routledge.
- Núñez Noriega, Guillermo (2004). Los "hombres" y el conocimiento. Reflexiones epistemológicas para el estudio de "los hombres" como sujetos genéricos. En: *Desacatos* (núm. 16, pp. 13-32).
- Olavarría, José (2001). *Hombres, identidad/es y violencia. Segundo encuentro de estudios de masculinidades, cuerpos, violencia y políticas públicas*. Santiago de Chile: FLACSO-UACH, Red de Masculinidades.
- Ortiz-Ortega, Adriana (comp.) (1999). *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*. México, DF: Edamex y Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Ortiz-Ortega, Adriana, Rivas Zivy, Marta y Amuchástegui, Ana (2006). Porque nacieron de mí. En: Petchsky, Rosalind y Judd, Karen. *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo: una intersección entre culturas, política y religiones* (pp. 251-300). México DF: Centro de Estudios de Asia y África, El Colegio de México.
- Ortiz-Ortega, Adriana y Rivas Zivy, Marta (2006). Machismo, *made in Mexico?* Implicaciones sociales de la hegemonía masculina en México. En: *Gaceta Médica de México* (vol. 142, sup. 2, sep.-oct., pp. 17-31).
- Ortiz-Ortega, Adriana, Rivas Zivy, Marta, Huerta, Fernando, Salazar, Gilda, Gómez González, Ariadna V. (2004a). *Una apreciación relacional de género al campo de las*

- sexualidades y la reproducción*. México: Programa Salud Reproductiva y Sociedad-El Colegio de México (Documentos de trabajo: 14).
- Ortiz-Ortega, Adriana, Rivas Zivy, Marta, Huerta, Fernando Salazar, Gilda, Gómez González, Ariadna V. (2004b). El papel de los hombres en el ejercicio y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujeres. En: *Perinatología y reproducción humana* (vol. 18, núm. 1, enero-marzo, pp. 23-33).
- Pando, Manuel y Villaseñor, Martha (2002). Modalidades de entrevista grupal en la investigación social. En: Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (Comps.). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 225-242). México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- Parrini, Rodrigo (2007). Un espejo invertido. Los usos del poder en los estudios de masculinidad: entre la dominación y la hegemonía. En: Amuchástegui, Ana e Szasz, Ivonne (coord.). *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México* (pp. 95-119). México, DF: Programa Salud Reproductiva y Sociedad-El Colegio de México.
- Petchesky, Rosalind y Judd, Karen (2006). *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo: una intersección entre culturas, política y religiones*. México, DF: Centro de Estudios de Asia y África y Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.
- Petchesky, Rosalind y Judd, Karen (ed.). (1998). *Negotiating Reproductive Rights. Women's Perspectives Across Cultures and Countries*. Nueva York: Zed Press.
- Paredes, Américo (1967). Estados Unidos, México y el machismo. En: *Journal of Inter-american Studies* (núm. 9, pp. 65-84).
- Parker, Richard (1998). "Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad en Brasil". En: Valdés, Teresa y Olavarría, José (eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina* (pp.106-129). Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- Pedroza de la Llave, Susana Talía y Gutiérrez Rivas, Rodrigo (2001). Los niños y niñas como grupo vulnerable: una perspectiva constitucional. En: Valdés, Diego y Gutiérrez Rivas, Rodrigo (Coord.). *Derechos humanos: Memorias del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional* (pp. 103-126). México, DF: Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.

- Petchesky, Rosalind Pollack (2003). *Global Prescriptions. Gendering Health and Human Rights*. Nueva York: Zed Books.
- Ramos, Samuel (1952). *El perfil del hombre y la cultura en México*. Buenos Aires: Espasa-Calpe.
- Robledo, Angela Inés (1998). Presentación. En: Arango L. G., Barreto J., Deere C. D., Giraldo L. E., Gómez F., León, M. *et al.*, *Mujeres, hombres y cambio social* (pp. 9-18). Santa Fe de Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Facultad de Ciencias Humanas, y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo-Universidad Nacional de Colombia.
- Ramírez Rodríguez, Juan Carlos (2006). ¿Y eso de la masculinidad?: apuntes para la discusión. En: Careaga, Gloria y Cruz Sierra, Salvador (2006). *Debates sobre masculinidades: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía* (pp. 31-56). México, DF: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivas, Zivy (2007). Subjetividad y género. Capítulo de tesis de maestría en proceso.
- Salud y Género (2003). Constructing New Gender-Equitable Identities: Salud y Género's work in Mexico. En: *Involving Men to Address Gender Inequities*, Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Scott, Joan W. (1990). El género, una categoría útil para el análisis histórico. En: Amelang, J. y Nash, Mary. *Historia y género: Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea* (pp. 23-56). Valencia: Edicions Alfons el Magnanim.
- Segal, Lynne (1997). *Slow Motion: Changing Masculinities, Changing Men*. Londres: Cassell.
- Seif El Dawla A., Abdel Hadi A. y Abdel Wahab N. (1998). Women's Wit over Men's: Trade-Offs and Strategic Accommodations in Egyptian Women's Reproductive Lives. En: Petchesky, Rosalind y Judd, Karen (Ed.). *Negotiating Reproductive Rights. Women's Perspectives across Cultures and Countries*. Nueva York: Zed Press.
- Seidler, Victor (2000). *La sinrazón masculina: masculinidad y teoría social*. México, DF: Programa Universitario de Estudios de Género-Universidad Nacional Autónoma de México, Paidós, y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- \_\_\_\_\_ (1995). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. En: *Debate Feminista* (núm. 6, p. 11).

- \_\_\_\_\_ (1991). *Recreating Sexual Politics*. Londres: Routledge.
- Sen, Amartya K. (1985). *Property and Hunger*. Williamstown, Mass.: Williams College-Center for Development Economics.
- Spivack Gayatri (1988). *In Other Worlds: Essays in Critical Theory*. Nueva York: Routledge.
- Staudt, Katheleen (1990). *Women, International Development and Politics: a Bureaucratic Mirror*. Filadelfia: Temple University Press.
- Naciones Unidas (1994). *Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. México, DF: UNFPA.
- UNPD (2005). *Indicadores de desarrollo humano*. Documento en línea disponible en [http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/pdf/HDR05\\_sp\\_HDI.pdf](http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/pdf/HDR05_sp_HDI.pdf)
- Valdés, Teresa y Olavarría, José (1998). Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo. En: Teresa Valdés y José Olavarría (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina* (pp. 12- 35). Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- Viveros, M., Gómez Alcaraz, F. (1998). La elección de la esterilización masculina: alianzas, arbitrajes y desencuentros conyugales. En: L.G. Arango, J. Barreto, C. D. Deere, L. E. Giraldo, F. Gómez, M. León *et al.* *Mujeres, hombres y cambio social* (pp. 85-132). Santa Fe de Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Facultad de Ciencias Humanas, y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo-Universidad Nacional de Colombia.
- Weber, Max (1984). *Economía y sociedad*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

# MUJERES EMPODERADAS, ¿MUJERES MALTRATADAS?: UNA RELACIÓN POR EXPLORAR A TRAVÉS DEL SISTEMA DE SEXO/GÉNERO<sup>1</sup>

JOSÉ ANTONIO CANDELAS VILLAGÓMEZ

## SOCIODEMOGRAFÍA Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: PRIMEROS ACERCAMIENTOS

En la literatura sociodemográfica que indaga la relación existente entre el empoderamiento femenino y la violencia contra las mujeres en la pareja, se han hallado resultados contradictorios. Por un lado, algunos estudios ponen de manifiesto la estrecha relación entre un bajo estatus de las mujeres y la presencia de violencia en el hogar. De acuerdo con esto, las mujeres con bajo nivel de autonomía y poder son más vulnerables al abuso sexual y físico por parte del compañero (Ashford, 2001). Sin embargo, otras investigaciones han encontrado que la violencia doméstica se incrementa cuando las mujeres generan su propio ingreso (Schuler, *et al.*, 1998).

---

<sup>1</sup> El presente artículo es una versión resumida y editada de la tesis: “Empoderamiento femenino y violencia doméstica: una relación por explorar a través de los roles de género y las jefaturas de hogar” para obtener el grado de Maestro en Demografía, presentada en El Colegio de la Frontera Norte (COLEF), en octubre de 2004. Ésta fue posible gracias al financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) y del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), de El Colegio de México (COLMEX); recibió Mención Honorífica.

En México, recientemente se han hecho estudios sobre los efectos del trabajo extradoméstico y el nivel de poder de decisión y autonomía de las mujeres (tomados como indicadores de empoderamiento femenino) sobre el riesgo de experimentar violencia por parte de su pareja (Casique, 2001; García y Oliveira, 2000). Casique, por ejemplo, señala en sus hallazgos que al incorporar la variable trabajo extradoméstico en los modelos de regresión, se observa un efecto positivo y significativo; la razón de probabilidad de experimentar violencia aumenta en 59% con esta variable. Al incorporar el indicador de poder de decisión también se observa un efecto positivo y significativo, aumentando la razón de probabilidad de experimentar violencia en 8%. Sin embargo, cuando incorpora la variable “maltratos durante la infancia” (tanto para las mujeres como para los hombres) el trabajo extradoméstico y el poder de decisión pierden significancia estadística como variables predictivas de la violencia.

Los resultados de García y Oliveira (2000), por su parte, son muy semejantes. Ellas analizan las características del trabajo extradoméstico (experiencia laboral, ocupación, aportación al presupuesto del hogar, significado del trabajo, etc.), sobre el grado de simetría en las relaciones de género, al tomar como uno de los indicadores de esta simetría la presencia de violencia en los hogares. A partir del análisis de modelos de regresión, concluyen que la presencia o ausencia de violencia no depende tanto de los rasgos del trabajo extradoméstico de las esposas, sino más bien de las características de la familia de origen. De acuerdo con las autoras, sus resultados muestran que la ausencia de violencia en el hogar de los padres predice en forma nítida la ausencia de violencia en la familia de procreación.

*Grosso modo*, los trabajos señalan dos resultados importantes en relación con la violencia: 1) por un lado, se encuentra que una mujer que realiza una actividad laboral extradoméstica y/o que tiene un nivel de toma de decisiones alto está asociada con un incremento en el riesgo de experimentar violencia doméstica; 2) por otro, que estas variables usadas como indicadores de empoderamiento, si bien inicialmente tienen significancia estadística, la pierden cuando en los modelos de regresión se incluyen variables de la historia individual, comúnmente asociadas a la violencia en otros trabajos.

En relación con el primer punto, el hecho de que el empoderamiento femenino incrementa el riesgo de experimentar violencia por parte de la pareja representa un problema serio. En México, los esfuerzos del movimiento de mujeres a partir de los años 1970 han estado dirigidos a mejorar la condición femenina en una amplia gama de aspectos. Se ha dado por sentado que mejorar las condiciones de vida de las mujeres, en el acceso a la educación, el trabajo, servicios de salud, etc., tendría como resultado una mejora general en su calidad de vida, por ello, el encontrar que mujeres con niveles altos de empoderamiento enfrentan también niveles altos de violencia de su pareja, resulta, en el mejor de los casos, ingenuo, por las expectativas que se tenían sobre su efecto, según apuntan las mismas investigadoras (Casique, 2001; García y Oliveira, 2000).

¿Cómo puede el empoderamiento femenino incrementar el riesgo de violencia doméstica? En este caso, las propias autoras ya adelantan una reflexión en el sentido de que el empoderamiento de las mujeres puede implicar una ruptura con los roles tradicionales e incrementar así los conflictos en la pareja, y con ello el riesgo de violencia. Si bien esta explicación es razonable, aún es necesario complejizar más la respuesta, ya que esta ruptura entre el empoderamiento femenino y los roles sociales no tiene siempre la misma relación con el conflicto y la violencia de género.

Ciertamente, hay situaciones en que las mujeres van empoderándose, y sus parejas varones no están dispuestos a ceder los espacios de poder porque les causa mucho conflicto, lo cual los lleva a tratar de restablecer los roles tradicionales a través de la violencia. Sin embargo, también hay casos en que los varones van cediendo terreno sobre algunos espacios de la relación de género sin mucho problema, es decir, sin mucho conflicto o violencia, y acompañan el proceso de empoderamiento que se va dando en sus parejas. Finalmente, hay otras situaciones en las que los varones tienen todo el control sobre la relación de pareja y ellas están en condiciones de total subordinación, y además de ello prevalecen significativos niveles de violencia física, sexual y emocional en la relación.\*

---

\*Olga Rojas, comunicación personal.

Es decir, la relación entre empoderamiento femenino, poder masculino y violencia en la pareja, es necesariamente más compleja y aún tiene que explorarse con mayor profundidad. Una de las líneas de trabajo posibles en dicha exploración puede ser, precisamente, la forma en que se define la noción de “empoderamiento femenino”. Reflexionar sobre, ¿qué estamos entendiendo por “empoderamiento femenino”?, y ¿qué tipo de indicadores estamos usando para medirlo?, puede ser parte de la respuesta a esta aparente paradoja.

En relación con el segundo punto, el que las variables de contexto pierdan significancia estadística cuando en los modelos de regresión se incluyen variables de la historia individual, es problemático porque puede revivir un viejo debate en el trabajo sobre violencia contra las mujeres con repercusiones importantes en materia de políticas públicas y programas de intervención.

Dicho debate consiste en la discusión sobre si esta violencia tiene origen en un desajuste individual o en un problema social. Numerosos argumentos se han esgrimido desde diferentes disciplinas (biología, medicina, psiquiatría, psicología, sociología, etc.), tratando de apoyar una u otra postura. Más allá del interés teórico que dicha discusión puede despertar, el problema de una u otra aproximación, tal como dice Corsi (1994), es que en función de la respuesta que adoptemos dependerá el tipo de soluciones que se propongan al problema.

Si bien hoy en día las políticas públicas nacionales en materia de violencia contra las mujeres no dudan en reconocer que su origen es multifactorial y que en ese sentido su atención requiere una aproximación interdisciplinar, lo cierto es que en la aplicación local de dichas políticas, en la formulación de leyes y redacción de reglamentos a nivel estatal y municipal, aún está vigente dicho debate y, de hecho, varios de los programas de atención a la violencia contra las mujeres que funcionan en México tienen como principal enfoque la atención individualizada a través de terapias psicológicas, que tienen como objetivo “corregir” el problema en los sujetos. Las intervenciones de tipo comunitario, psicosocial y ya no digamos interdisciplinar aún brillan por su ausencia.

En este sentido, si bien es muy claro que los resultados de investigación no tienen la intención de revivir el debate sobre el origen de la violencia,

sí genera en algunos investigadores/as la preocupación de que para algunas corrientes de pensamiento, y sobre todo para las políticas públicas estatales o municipales, se conviertan en argumentos frescos que impidan el fortalecimiento de la perspectiva interdisciplinar en la atención de la violencia contra las mujeres.

Se hace patente entonces la necesidad de que la sociodemografía, así como otras disciplinas, continúe profundizando en la identificación de las variables de contexto o sociológicas, asociadas con un mayor peso estadístico a la violencia doméstica contra las mujeres. Existen ya numerosas evidencias de que es la articulación de diversos factores lo que incrementa el riesgo de violencia y lo que resta entonces es seguir trabajando en la construcción de variables capaces de captar esos factores en trabajos empíricos.

Uno de los conceptos que parece necesario recuperar para la construcción de estas variables es la noción de sistema de sexo/género, ya desarrollado por la literatura feminista y relativamente olvidada en la literatura reciente. La investigación sobre género y sociodemografía, así como avances recientes en el desarrollo de indicadores sobre la condición de las mujeres, aportan elementos que permiten profundizar en este concepto, identificando los niveles y unidades de análisis que lo componen y que son pertinentes para el estudio de la violencia doméstica.

Así entonces, son tareas pendientes complejizar la respuesta sobre la relación existente entre el empoderamiento femenino, el poder masculino y la violencia contra las mujeres, así como construir variables de contexto o sociológicas relacionadas de manera más sólida con el fenómeno de la violencia. Este documento propone que ambas tareas pueden avanzarse si se trabaja en identificar los niveles y unidades de análisis del sistema de sexo/género que son pertinentes en el estudio de la violencia doméstica y, paralelamente, dilucidar aquellas combinaciones en las diferentes dimensiones de las relaciones de género que resultan las más conflictivas para los varones y que les llevan a ejercer diferentes grados de violencia. En suma, la inquietud que organiza este trabajo consiste en explorar, ¿cómo se articulan los componentes del sistema de sexo/género en el riesgo de experimentar diferentes grados y formas de violencia doméstica contra las mujeres?

## MARCOS TEÓRICOS DISPONIBLES Y UNA PREGUNTA PENDIENTE

A pesar de que la violencia contra las mujeres ha sido una característica de la vida familiar tolerada y aceptada desde hace mucho tiempo, el interés por su estudio y solución es en realidad muy reciente. Dicho interés, por otra parte, no surgió de la academia, sino que fue parte de la urgencia sentida por grupos de mujeres por atender a las víctimas de violencia de género, por evidenciar la importancia social y política de la problemática, y por pugnar para generar marcos jurídicos y políticas públicas adecuadas; en suma, grupos de mujeres fueron las que tomaron por su cuenta la atención de otras, y así llamaron la atención sobre la gravedad del problema (Castro y Riquer, 2002; Guerrero, 2002).

Al comienzo de los años 1970, la creciente influencia del movimiento feminista resulto decisiva para atraer la atención de la sociedad sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres (Corsi, 1994). Para finales de esta década, ya se habían establecido los primeros organismos no gubernamentales que incorporaron en sus programas de trabajo la línea de violencia contra las mujeres, y es desde este ámbito que surgen la mayor parte de las investigaciones de la época referidas al tema (Castro y Riquer, 2002).

De acuerdo con un informe de Guerrero (2002), los primeros estudios tuvieron como objetivo central el llamar la atención sobre la violencia de que eran objeto las mujeres por parte de sus parejas. Posteriormente se generó una producción importante de documentos y materiales educativos destinados a dar a conocer las distintas formas como se abordada la problemática. Siguiendo a la autora, las acciones desarrolladas por estas organizaciones fueron de distinto tipo, siendo las principales las de capacitación y educación, investigación y asistencia jurídica y psicológica. Se menciona también que surgieron formas de intervención e iniciativas importantes como las casas refugio (la primera fue la casa protegida Julia Burgos, en Puerto Rico, 1979), los servicios de atención legal y psicológica para las mujeres y los grupos de autoayuda, entre otros.

Finalmente señala que para la década de 1980, ya habían cobrado forma varias ONG y fueron replicándose un conjunto de respuestas sociales frente a la violencia contra las mujeres, las cuales combinaban acciones de capaci-

tación en derechos, servicios de atención a víctimas de violencia y desarrollo de recursos comunitarios para prevenir la violencia contra las mujeres.

De acuerdo con Castro y Riquer (2002), durante más de dos décadas, feministas de varios países de la región latinoamericana intentaron hacer “visible” la violación y el hostigamiento sexual; más tarde, en la década de 1990, se ocuparon de visibilizar la violencia doméstica o intrafamiliar y una serie de prácticas ancestrales como la mutilación femenina, el infanticidio de niñas y el feminicidio. Los mismos autores proponen que el esfuerzo no ha sido en vano, ya que a la fecha: 1) se cuenta ya con una serie de documentos internacionales que obligan a los países que los han firmado a implementar medidas para hacerle frente a la violencia de género, y 2) por lo menos entre los organismos que pertenecen a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se ha logrado consenso en torno a la importancia del problema y a la necesidad de hacerle frente.

En tanto que se trataba de un problema complejo y el trabajo fue realizado principalmente por organizaciones de mujeres (y de académicas en una etapa posterior) con intereses y preocupaciones diversas, el espectro de las temáticas que se han abordado es también muy amplio. Existen revisiones ampliamente documentadas donde se reseñan aspectos como: la historia del movimiento de mujeres contra la violencia; los esfuerzos por medir su magnitud y características a través de encuestas a población abierta; la construcción de definiciones que capten el fenómeno (Caicedo, 2001; Corsi, 1994 y 2003; Heise, 1994) y los costos en la salud de las mujeres y sus hijos (Venguer, 1998), así como en la economía de los países y sus sistemas de salud (Heise *et al.*, 1994). Si bien se ha trabajado ya en una síntesis de este abanico de temáticas (Candelas, 2004), ésta no se incluye en el presente documento por razones de espacio.

Ahora bien, a pesar de esta abundancia de trabajos, una característica que ha marcado las investigaciones en materia de violencia contra las mujeres, es que éstos son aún escasas e incipientes, mantienen pocos vínculos entre ellas y se desarrollan con un escaso respaldo conceptual (Castro y Riquer, 2003). Plantean que el estudio de la violencia se ha desarrollado prácticamente en una especie de orfandad teórica y que es necesario que éste se construya como un problema “sociológico”.

En un esfuerzo por avanzar en este camino, es de interés para la presente investigación revisar rápidamente la literatura desarrollada en torno a una pregunta que aún está pendiente: *¿qué causa la violencia doméstica hacia las mujeres?* Sobre ella se hace a continuación una breve descripción de los escasos marcos conceptuales que han intentado dar cuenta del fenómeno. Se destacan aquellos marcos que intentan combinar variables pertenecientes a diversos niveles de análisis y que en ese sentido tratan de acercarse desde una perspectiva más integradora.

### ¿QUÉ CAUSA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LAS MUJERES?: ALGUNAS TEORÍAS EN EL CAMPO

Diversas teorías han intentado determinar las causas de la violencia hacia las mujeres. Muchas de ellas representan los intentos de las ciencias de la salud (psiquiatría, medicina), por generar explicaciones para el fenómeno. De acuerdo con Corsi (1994), éstas tienen en común el hecho de enfocar a la violencia doméstica como un problema generado por algún tipo de desorden fisiológico y, en ese sentido, los criterios que emplean se pueden agrupar bajo el nombre de *modelo médico*. Siguiendo al autor, la inadecuación de este modelo radica en el hecho de aplicar una metáfora biológica a un problema social.

Por otra parte, teorías que incorporan una aproximación sociológica o psico-social, han generado propuestas más sólidas (teoría del patriarcado y del aprendizaje). Sin embargo, al mantener sus teorías sólo dentro de su propio marco disciplinario (sociológico o psicológico, respectivamente), y dada la multicausalidad de la violencia doméstica, se considera que su aproximación tiene limitaciones. Finalmente, la aproximación mejor aceptada hasta el momento (modelo ecológico), supone a la violencia un fenómeno complejo y multicausal, elabora propuestas que recoge hallazgos de distintos campos disciplinarios y substituye el término *causa* por el más modesto de *factor de riesgo*.

#### **El modelo médico**

La psiquiatría durante mucho tiempo ha propuesto como hipótesis que las personas que ejercen violencia sobre un miembro de la familia sufren algún

tipo de trastorno mental. Trabajos realizados con varones que ejercían violencia en su relación, proponen que estos tienden a tener más trastornos de la personalidad, de control de impulsos, de déficit de atención y depresión, etcétera (Hamberger y Hastings: 1991, 1988, 1986). Otras investigaciones proponen que los perfiles de estos varones son tan específicos que deben ser organizados en tres categorías: *antisocial*, *violento sólo con la familia* y *fronterizo disfórico*, y que dichos perfiles son resultado de la experiencia en la niñez, la cual influyó de forma importante en el desarrollo de la personalidad (Saunders, 1992; Dutton *et al.*, 1995 y Jacobson *et al.*, 1995).

Si bien un número importante de investigadores actualmente no tienen problema en reconocer que estos trastornos pueden ser un factor que incrementa el riesgo de que ocurra violencia, los estudios citados, pertenecientes a la psicología clínica americana, aún respaldan fuertemente el argumento de que dichos desórdenes son los principales causantes de la violencia masculina. Por otra parte, diversos trabajos señalan que si bien algunos agresores padecen efectivamente trastornos psicopatológicos, la proporción de enfermos mentales no es mayor que entre la población en general. Además, señalan que no sólo la violencia conyugal no es el efecto de un trastorno psicopatológico, sino que ella misma es causante de psico-patología (Heise, 1994 y Ferreira, 1992).

Los principales argumentos que se oponen a la aproximación psiquiátrica plantean que: *a)* debido a su metodología, estos estudios se desarrollan de modo directo sobre grupos pequeños y específicos, entonces, generalizar sus resultados a la población supone limitaciones, ya que explican la conducta violenta como producto de perturbaciones individuales, descuidando los determinantes externos, así este tipo de aproximaciones oculta la gravedad y la frecuencia del problema porque supone que es una minoría quien la experimenta; y *b)* el peligro de asociar la conducta de un hombre golpear a categorías psicopatológicas, o algún defecto de la personalidad, consiste en que le quita responsabilidad al agresor sobre su conducta (Corsi, 1994).

Por su parte, el *alcoholismo* y el uso de *drogas* se manejó durante cierto tiempo como una de las causas de la violencia, ello debido a que se trataba de los casos más accesibles a la investigación clínica y sociológica. Estudios posteriores encontraron que el abuso de sustancias, más que causar la

violencia, contribuye a facilitarla o se transforma en una excusa atenuante. Se encontró que el alcohol o las drogas tienen la propiedad de suprimir las inhibiciones; por lo tanto, se relacionan con el grado, el momento y la forma de la violencia, pero no con la predisposición a incurrir en ella (Corsi, 1994).

La “teoría” del *masoquismo* o de la *familia disfuncional*, se consideran ampliamente rebasadas. Siguiendo a Venguer (1998), la “teoría” del masoquismo se basa en creencias populares tales como: “a las mujeres les debe gustar el maltrato o de lo contrario abandonarían a sus parejas”. La autora apunta que esta afirmación pasa por alto la diversidad de razones de índole emocional, social y económico por las que una mujer permanece con su agresor. Venguer (1998) finaliza explicando que dicha “teoría” ignora los sentimientos de culpa y vergüenza que frecuentemente le impiden a las víctimas de violencia buscar ayuda, lo cual es muy distinto de experimentar placer por el maltrato.

Por su parte, la aproximación de la *familia disfuncional* o de la *teoría de sistemas* propone que es la pareja la que está dañada, no sólo el hombre. Se enfoca a esclarecer de qué manera ambas partes de la pareja participan como responsables de la violencia (Ramírez, 2000). Esta interpretación ve a la pareja como un sistema equilibrado, y cuando éste se rompe por una influencia de una o ambas partes considera que surge el potencial para la violencia y sugiere que ambas personas tienen que aprender a participar para reestablecer el equilibrio del sistema.

El mismo autor plantea que esta explicación tiene varios problemas, entre ellos: *a)* ignora que el sistema familiar forma parte de una estructura social jerárquica y que, por lo tanto, está impregnada de relaciones de inequidad; *b)* espera que ambos miembros de la pareja asuman roles preestablecidos y complementarios (sumisión/dominio); *c)* no toma en cuenta que cada miembro de la pareja tiene sus propios procesos y toma de decisiones y que, por lo tanto, la decisión de ser o no violento es un proceso personal; y finalmente, *d)* que al haber violencia en una pareja es muy complicado restaurar un punto medio de negociación porque la persona violentada difícilmente puede tener la seguridad de no ser castigada por sus opiniones, especialmente si éstas se oponen a las de la pareja.

Tanto la teoría del uso de sustancias como la de la familia disfuncional tienen un elemento en común, comparten la idea de que la violencia es provocada por la víctima. Con elementos de distintos marcos conceptuales, se consigue un mismo resultado: culpar a quien recibe el maltrato y asumir una postura de justificación, más que de explicación al problema (Corsi, 1994).

## EL MODELO SOCIOLÓGICO-PSICOSOCIAL.

### TEORÍA DEL PATRIARCADO

Esta aproximación propone que el patriarcado es la estructura familiar básica de todas las sociedades contemporáneas. Dichas estructuras familiares se caracterizan por la autoridad de los hombres sobre las mujeres y sus hijos en la unidad familiar (autoridad impuesta desde instituciones); dicha teoría considera que las relaciones entre personas también están marcadas por la dominación y la violencia, que se origina en la cultura y las instituciones como resultado de esta estructura familiar autoritaria (Soto, 2003).

Asimismo, la teoría plantea que durante la revolución industrial estos papeles asignados entraron en crisis al producirse cambios sociales (incorporación de las mujeres al empleo, difusión en el uso de anticonceptivos, incremento en la esperanza de vida, etc.), que gradualmente impactaron la forma de pensar y constituir la institución familiar. Paralelamente, los desarrollos en la tecnología se sumaron a la producción de modificaciones en las concepciones tradicionales. De acuerdo con esta perspectiva, la agresión es resultado del ejercicio de poder que tiene lugar cuando el orden y jerarquías que éste establece son cuestionados. Es decir, la violencia se ejerce frente a todo comportamiento que implique resistencia o subversión a un poder establecido. Así, los hombres harían uso de la fuerza ante las mujeres cuando se pone en peligro su función de dominación, cuando se crea un desfase entre el papel asignado socialmente y las posibilidades reales de cada persona.

Castro y Riquer (2003) apuntan que concebido así, en toda sociedad están dadas las condiciones para que cualquier mujer viva en riesgo de ser violada, toda esposa de ser golpeada y toda empleada o estudiante hosti-

gada sexualmente por un superior; al tiempo que todo varón está en riesgo de constituirse o convertirse en un agresor. Sin embargo, estos mismos autores señalan que las principales limitaciones a este planteamiento son: *a)* afirmar que el patriarcado es la causa última de la violencia contra las mujeres, fue muy útil como herramienta política para alertar sobre la gravedad del problema, sin embargo, como explicación del fenómeno es insuficiente; *b)* a pesar de que el patriarcado es concebido como un fenómeno estructural, al momento de estudiar empíricamente la violencia de pareja, éste ha sido reducido a variables individuales.

### **Teoría del aprendizaje social**

Dentro de esta teoría A. Bandura es un autor clásico que señala como relevante la relación entre la violencia que los protagonistas han observado o vivido en sus propias familias y la agresión desplegada o sufrida en la relación conyugal. A partir de sus investigaciones, propone que niños y adultos tienden a imitar modelos agresivos observados, y la teoría incluye diferentes formas, facilitadores e inhibidores de este aprendizaje. No obstante, Bandura propone que la conducta violenta es sólo una de las opciones con que cuenta el ser humano para hacer frente a condiciones no propicias (Bandura, 1979).

En este mismo sentido, Gelles (1974) plantea que si un individuo aprende que la violencia constituye un comportamiento exitoso frente a la frustración o la irritación, entonces la agresión será su modo de adaptación al estrés. Por último, L. Berkowitz (1996) plantea que la agresividad es función de un juego complejo de propensiones innatas y respuestas aprendidas. Propone “estructuras”, “programas”, “esquemas afectivo-cognitivo-motores” que ligarían tipos de sentimientos, pensamientos y memoria a reacciones fisiológicas y expresivo-motoras particulares; estas redes asociativas han permitido que los autores planteen relaciones entre la ira, la depresión y otros efectos negativos presentes en el agresor.

Las limitaciones que se han planteado a esta teoría indican que, por un lado, se centra demasiado en el individuo (en su conducta o en sus cogniciones) e ignora el contexto social, por otro, que se enfocan en el aquí y ahora, ignorando el factor temporal. En síntesis se la acusa de asocial y atemporal,

además de que se le critica por haber hecho uso casi exclusivamente del método experimental para someter a pruebas sus hipótesis (Vander, 1986).

### **Un marco integral: el modelo ecológico**

De acuerdo con Corsi (1994), las anteriores aproximaciones se pueden considerar como respuestas parciales a un problema complejo. Plantea que desde una perspectiva ecológica es necesario considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, si no queremos recortarla y aislarla de su entorno. Así, retoma un modelo propuesto por Urie Bronfenbrenner (1987), que postula que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica.

Estos subsistemas son tres: *a) macrosistema*. Se refiere al contexto más amplio en que se desenvuelve un individuo: las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura; *b) exosistema*. Se compone por la comunidad más próxima, incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual: la escuela, la iglesia, los *mass media*, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad; *c) Microsistema*. Se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima a la persona, en esa red juega un papel privilegiado la familia, entendida como estructura básica del microsistema. Finalmente, el autor agrega a este modelo el *nivel individual*, concibiéndolo también como un subsistema en el cual se puede distinguir cuatro dimensiones psicológicas: cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional.

### **Modelo ecológico y factores de riesgo**

Siguiendo esta línea de trabajo, Heise (1998) revisó un número importante de estudios empíricos para determinar qué variables predecían la violencia y, a partir de esta información, clasificó los diversos factores de riesgo como provenientes de distintos ámbitos o niveles de influencia del modelo ecológico. Presenta su trabajo como un instrumento heurístico que intenta organizar la investigación en un todo inteligible, mostrando

los factores más relevantes asociados con la violencia hacia las mujeres. Así, propone un modelo articulado en cuatro niveles: el ontogénico o individual, el microsistema, el macrosistema y el exosistema. Por otra parte, propone que los factores de riesgo ubicados en cada nivel se pueden leer como círculos concéntricos, donde la aparición de la violencia no dependería de los factores aislados, sino de la interacción que se da entre ellos y los niveles a los que pertenecen. Los factores de riesgo que se encontraron como significativamente asociados con la violencia, en las diversas investigaciones revisadas por Heise (1998) se listan a continuación.

*Factores del nivel individual.* en varones: haber presenciado situaciones de violencia doméstica y/o haber padecido abuso de niño, ya sea física o sexualmente. Si bien la autora aclara que no todos los hombres que ejercen maltrato fueron testigos de agresiones o directamente agredidos de niños. Un trabajo realizado por Caesar: 1988, (en Heise, 1998), encontró que 38% de los hombres violentos de su muestra nunca estuvo expuesto a la violencia en la niñez. También se menciona que un posible tercer factor es haber tenido un padre ausente o desapegado, aunque su valor predictivo no es tan claro. Para el caso de las mujeres, el único factor asociado en las investigaciones con ser víctima de maltrato es el haber presenciado violencia entre los padres o tutores en la niñez.

*Factores del microsistema.* Una estructura de la familia tradicional-patriarcal, como el dominio masculino en la familia y el control de la riqueza familiar por parte del hombre. Otras variables asociadas son: un desequilibrio en la estructura de poder de la familia, como conflictos frecuentes en torno a la división de tareas, el consumo de alcohol por parte del marido y que las mujeres tengan una mayor escolaridad que los hombres. O si bien, como ya se señaló aquí, es necesario recordar lo mencionado en la revisión del modelo médico, en el sentido de que ya existen trabajos que aclaran que el alcohol o las drogas sólo se relacionan con el grado, el momento y la forma de la violencia, pero no con la predisposición a incurrir a ella (Corsi, 1994).

*Factores del exosistema.* Desempleo o bajo nivel socioeconómico; el aislamiento de las mujeres de amigos/as, vecinos/as y de la familia; así como la asociación del agresor con delincuentes a quienes tiene que demostrar su ca-

pacidad de agresión sexual para que lo tengan en alta estima. Aunque aún no es claro de qué manera se relaciona el nivel socioeconómico, la autora propone que de acuerdo con las investigaciones se piensa que la pobreza genera estrés, frustración y un sentimiento de inadecuación en algunos hombres que no pueden cumplir con el papel de proveedores que se espera de ellos. También se considera posible que la pobreza sea generadora de desacuerdos matrimoniales y/o que dificulte que las mujeres de bajos recursos dejen las relaciones violentas e insatisfactorias.

Aquí, es necesario recordar que está ampliamente documentado el hecho de que la violencia doméstica impacta a mujeres de todos los estratos socioeconómicos. Lo que en principio parece contradecir los hallazgos del modelo ecológico. Además de que se necesita verificar esta propuesta con estudios específicos, lo que se puede mencionar es que quizá, más que la pobreza en sí misma, la hipótesis del estrés económico sea más plausible, ya que éste no tiene por qué encontrarse sólo en las poblaciones de bajos recursos, sino que también puede hallarse en niveles socioeconómicos altos.

*Factores del macrosistema.* Valores y creencias vinculados con la noción que establece que “un verdadero hombre” es dominante, rudo y mantiene el honor; dicho conjunto de valores asume roles de género rígidos y definidos según los cuales las mujeres deben ser pasivas y sumisas y los hombres controladores y agresivos; la sensación de que se tiene el derecho de propiedad sobre las mujeres, así como la aceptación social del castigo físico hacia las mujeres y la ética cultural que condona la violencia como una forma de solucionar los desacuerdos.

En relación con las críticas que se han hecho a este modelo, al revisar la literatura en el campo únicamente se ha hallado una observación que considera que al no explicar cómo se relacionan los factores de los diferentes niveles entre sí, sólo se generan aglomeraciones de variables sin mucho poder explicativo (Castro, 2004). No obstante dicha observación, este artículo considera que el modelo ecológico sistematiza el conocimiento existente sobre los factores relacionados con las causas de la violencia hacia las mujeres, lo cual representa un importante avance para poder entender la etiología de este problema y funciona como un referente para reforzar los hallazgos de futuras investigaciones. Finalmente, es necesario señalar que

el modelo ecológico es sólo una de las aproximaciones a un fenómeno tan complejo, como el de la violencia de género.

## UN MARCO TEÓRICO PARA DISCUTIR LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES: LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EL MODELO ECOLÓGICO

La revisión hecha en el apartado previo coincide con lo que Castro y Riquer (2002 y 2003) plantean en sus trabajos. De acuerdo con ellos, una parte importante de la investigación empírica realizada hasta el momento en materia de violencia doméstica, básicamente se ha centrado en dos preguntas: cuántas mujeres son agredidas (física, sexual o emocionalmente) por sus parejas, y cuáles son las características de los agresores. Agregan que si se parte de que *la violencia de género es un problema relacional y específicamente de acceso y uso desigual de diversos recursos*, entre los integrantes de una pareja y/o al interior del hogar, entonces es necesario hacerse preguntas acerca del poder en las relaciones de género. Finalmente, apuntan que esta discusión ya está planteada en la teorización feminista, pero que aún es necesario traducirla en variables e indicadores que permitan una mejor comprensión del fenómeno, esto es, aún es necesario un marco adecuado dentro de la teoría sociológica que sea útil para este fin.

Por otra parte, y tal como se planteó al inicio, este documento considera que para responder a las preguntas que dan lugar a este trabajo,<sup>2</sup> la sociodemografía requiere, por un lado, seguir profundizando en la generación de variables diseñadas para captar las relaciones de poder entre los géneros y, por otro, identificar los niveles y unidades de análisis del sistema de sexo/género que son pertinentes en el estudio de la violencia doméstica, así como aquellas combinaciones en sus variables que resultan las más conflictivas para el sistema.

Se considera que realizar estas actividades puede colaborar en la construcción del marco teórico que Castro y Riquer señalan tan indispensable.

---

<sup>2</sup> ¿Por qué las variables de contexto pierden significancia estadística frente a las variables estrictamente individuales?, y ¿por qué el empoderamiento femenino aparece asociado con un incremento en el riesgo de experimentar violencia doméstica?

Para ello, el presente trabajo propone una matriz de análisis elaborada al integrar el concepto de “sistemas de sexo/género” desarrollado por la teoría feminista y el modelo ecológico, reconocido por la literatura como uno de los modelos mejor desarrollados hasta el momento para comprender el fenómeno de la violencia doméstica.

Para desarrollar dicha matriz de análisis, en este apartado se revisa de manera muy somera los principales elementos de la perspectiva de género, la producción teórica sobre empoderamiento femenino y los avances recientes en el diseño de indicadores sobre la condición de las mujeres. Finalmente, se explica cómo surge la matriz de análisis mencionada y se describen los principios que lo sustentan, así como sus componentes principales.

### **El concepto de género, definición y componentes**

En su origen, la categoría género fue impulsada por el feminismo académico anglosajón de los años 1970, con el objetivo de diferenciar las construcciones culturales y sociales de lo estrictamente biológico (Lamas, 1996). De acuerdo con esta autora, además del objetivo científico de comprender mejor la realidad social, estas académicas tenían un objetivo político: distinguir que las características humanas consideradas “femeninas” eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo. En ese momento, se esperaba que con la distinción entre sexo y género se pudiera enfrentar mejor el determinismo biológico y se ampliase la base teórica argumentativa a favor de la igualdad de las mujeres.

Siguiendo a Lamas, la noción de género surge como una herramienta conceptual que permite decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia de sexos, y además se torna en una manera de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana.

Una definición muy completa de este concepto propone que:

[...] el género refiere a las construcciones culturales y subjetivas que son elaboradas alrededor de los sexos femenino y masculino. Dichas construcciones se han establecido como un conjunto de normas y prescripciones que la sociedad dicta, conformando de manera precisa los roles masculinos y femeninos, es decir, los roles de género [...]. Las

relaciones entre los géneros incluyen redes de creencias, rasgos de personalidad, prácticas, símbolos, representaciones, valores, conductas, normas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social. La diferencia ha implicado subordinación de un género (el femenino) frente al otro (el masculino) (Programa Universitario de Estudios de Género, en Ojeda, 1999).

Asimismo, Lamas recupera otra definición de esta categoría que considera clave debido a la conexión integral entre dos ideas: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y éste es también una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1990, en Lamas, 1996).

### **Sistema de sexo/género**

Además de la noción de género, otro término clave dentro de la teoría feminista es el concepto de sistema de sexo/género. Éste fue propuesto por Rubin para dar cuenta, a un nivel de abstracción general, del fenómeno de la dominación masculina. De acuerdo con esta autora, “un sistema de sexo-género es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986, en Castro, 1998).

Según esta propuesta, toda sociedad tiene un sistema de sexo/género específico que es necesario caracterizar para cada periodo histórico. Rubin propone que el patriarcado es la forma específica de dominación masculina que corresponde a las sociedades de pastores nómadas descritas en el Antiguo Testamento. La autora señala la importancia de realizar un análisis que revele las especificidades históricas de los sistemas de sexo/género a través de los diversos periodos de la historia.

Siguiendo esta línea de reflexión, De Barbieri (1992) afirma que dichos sistemas de género/sexo tienen dos consecuencias cruciales para la vida de las personas: por un lado, lo masculino y lo femenino está definido por lo que cada cultura construye y considera como tal, es decir, el género “masculino” y “femenino” son resultado de una construcción cultural y no natural. Por otro, estas identidades genéricas están cargadas de valores y establecen lugares dentro de las jerarquías sociales. El sistema de género/sexo se articula con las

normas y valores que prevalecen en cada cultura, y éstos a su vez se vinculan a factores sociopolíticos e históricos. En conjunto, esta interacción de sistemas condiciona la posición que mujeres y hombres obtienen en la escala social: “[...] el sistema sexo-género vigente produce una relación desigual de poder entre mujeres y hombres que tiene que ver con una distribución desigual de conocimientos, propiedad e ingresos, responsabilidades y derechos. Es, por lo tanto, una dimensión de desigualdad social” (De Barbieri, 1992).

### **Un paso adelante en la perspectiva de género: los estudios sobre empoderamiento y autonomía de las mujeres**

De acuerdo con Brígida García (2003) en un primer momento la perspectiva de género pretendió mostrar las desigualdades entre hombres y mujeres y la contribución femenina a la producción y reproducción de la sociedad. En etapas posteriores las acciones emprendidas por el movimiento de mujeres han hecho ver la importancia de abordar aspectos concretos del desafío al *statu quo*, de la búsqueda por cambiar la distribución del poder y el control de los recursos y la ideología, así como las manifestaciones de estos procesos en cuanto a independencia y actuación personal.

En este marco, García (2003) señala que el estudio del empoderamiento y de la autonomía de las mujeres ha constituido un paso adelante en el desarrollo de la perspectiva de género en las ciencias sociales en general, y en los estudios de población en particular. Por otra parte, anota que si bien los términos de empoderamiento y autonomía de las mujeres están presentes en el lenguaje de diferentes actores sociales (activistas, académicos, funcionarios de gobierno y de organismos no gubernamentales), en muchos casos estos se manejan de forma ambigua y con poca precisión. Por ello, plantea que es necesario esclarecer el significado de dichos conceptos y aportar, así, elementos para dar un paso en su medición concreta.

### **Antecedentes sobre el concepto de empoderamiento**

En un trabajo dirigido a este esclarecimiento conceptual, Batliwala (1997) explica que el surgimiento del concepto de empoderamiento está ligado a la acción de diferentes movimientos sociales (de derechos civiles, de mujeres), que buscan cambiar las relaciones y la distribución del poder estable-

cidos. Apunta que en el campo de las políticas y estudios de población, el concepto ganó legitimidad en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 (CIPD), cuyo programa dedicó un capítulo especial a la igualdad, la equidad y el empoderamiento de las mujeres.

Señala también que dentro de los debates y acciones que abonaron el terreno para el surgimiento del empoderamiento como concepto, se encuentran las críticas feministas a las estrategias de desarrollo de los años 1970 que no tomaban en cuenta los factores estructurales que perpetuaban la subordinación femenina. Comenta que de estas críticas surgió la necesidad de distinguir entre la *condición* y *posición* de las mujeres, y entre sus intereses *prácticos* y *estratégicos* (Young, 1988, y Molyneaux, 1985, en Batliwala, 1997).

De acuerdo con Kate Young (1988) la *condición* de las mujeres hace referencia a su estado material (salarios bajos, mala nutrición, carencias en lo que respecta a la salud, educación y capacitación), mientras que su *posición* indica su estatus económico y social en comparación con el de los hombres. Por su parte, Maxine Molyneaux considera que hay que diferenciar entre los intereses *prácticos* de las mujeres (alimentación, salud, agua, combustible, cuidado de los hijos, educación) y sus metas *estratégicas* tendientes a cambiar su estado de subordinación (Molyneaux, 1985).

En este contexto, Batliwala anota que el *concepto de empoderamiento* surge como una herramienta clave para alcanzar los intereses estratégicos y así cambiar la posición de las mujeres. Señala que se trata de una manera diferente de percibir el desarrollo viéndolo no desde arriba, sino desde las bases. En el caso del movimiento de mujeres, señala que fue articulado por primera vez en el marco de los trabajos del DAWN<sup>3</sup> y en un documento preparado para la Tercera Conferencia Mundial de la Mujer en Nairobi, en 1985 (Sen y Grown, 1985).

---

<sup>3</sup> DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era) es una red de estudiosas feministas y activistas de países en desarrollo que se constituyó en la India en 1984.

## Aspectos conceptuales del empoderamiento

De la lectura del trabajo de García ya mencionado, se desprende que en la literatura sobre empoderamiento femenino hay cuatro debates clave: su definición, sus facetas o componentes, los tipos de poder que contempla y sus semejanzas/diferencias del término “autonomía” (García, 2003).

### *Definición*

Sobre la definición del concepto, García apunta la importancia de asociar el término *empoderamiento* al desafío de las fuentes de poder, a la lucha por cambiar las relaciones de subordinación femenina que existen hoy día, y a la habilidad para definir el curso a seguir. García señala también que si bien hay consenso en la literatura con la idea anterior, no sucede lo mismo al momento de priorizar los aspectos que intervienen en este proceso, o los ámbitos sociales, organizacionales o personales que deben tomarse en cuenta. Apunta que algunos trabajos hacen hincapié en la *potenciación* de las capacidades individuales, pero dicha posición ha sido criticada –desde la perspectiva de la autora, con razón– debido a que se considera que si se reduce el proceso de empoderamiento a esas dimensiones se puede caer en el individualismo, lo cual restaría importancia a la cooperación y minimizaría la necesidad de modificar las relaciones de género y la estructura social existente. Debido a ello, apunta que una de las *definiciones* más aceptadas y utilizadas de empoderamiento se refiere más bien al logro de control en muy diferentes ámbitos: el de los recursos (humanos, físicos, intelectuales, financieros) y el de la ideología (creencias, valores y actitudes).

Batliwala, por ejemplo, plantea que “[...] el proceso de desafío de las relaciones de poder existentes, así como el de obtención de un mayor control sobre las fuentes de poder, puede ser llamado empoderamiento” (Batliwala, 1997). La autora señala que esta amplia definición ha sido refinada por las estudiosas y activistas feministas dentro del contexto de sus propias regiones y cita como un ejemplo la acotación que propone Sharma (1991-1992): “[...] el término empoderamiento se refiere a una gama de actividades que van desde la autoafirmación individual hasta la resistencia colectiva, la protesta y la movilización para desafiar las relaciones de poder [...] un proceso orientado a cambiar la naturaleza y la dirección de las fuerzas sistémicas,

que marginan a las mujeres y a otros sectores en desventajas en un contexto dado” (Sharma, 1991-1992, en Batliwala, 1997).

*¿Qué esfuerzos se han hecho para precisar sus facetas, componentes o dimensiones?*

Al respecto, García menciona dos autoras clave Stromquist y Rowlands, ella apunta que la primera distingue entre los *componentes* cognitivos (comprensión de la situación de subordinación), los psicológicos (desarrollo de la autoestima y la confianza), los económicos (acceso a actividades productivas que proporcionen por lo menos algún grado de independencia financiera) y los políticos (habilidad para organizar y movilizar cambios sociales) (Stromquist, 1997).

Rowlands (1997), por su parte, plantea un modelo de empoderamiento con tres *dimensiones* principales: la personal (desarrollo del sentido de ser, de la confianza y de la capacidad individual), la referente a las relaciones cercanas (habilidad para negociar la naturaleza de la relación y las decisiones que se toman en su interior) y la colectiva (participación en estructuras políticas locales o informales, internacionales o formales; acción fundamentada en un modelo cooperativo y no competitivo).

*¿Cómo definen al poder las teóricas del empoderamiento y qué tipos de poder han identificado?*

A partir de la revisión bibliográfica que hace, García propone que el poder puede definirse como “[...] una relación social que determina el acceso y control de diferentes tipos de recursos; está presente en todos los niveles de la sociedad, y los individuos participan en esta compleja red como actores y como objetos, pero al mismo tiempo configuran las esferas de poder” (García, 2003).

Sobre los diferentes tipos de poder, García señala que el que más se conoce es el *poder sobre*, el cual puede ser ejercido y estar presente de diversas maneras. Apunta que es posible que una manifestación del *poder sobre* sea que ni los dominantes ni los dominados estén conscientes de la opresión —por ser ésta estructural y por estar pautadas por patrones culturales y prácticas institucionales— y que por tanto no sea fácil ofrecer alternativas del curso a seguir. Así, el *poder sobre* es generalmente de suma cero y muchas veces conlleva aspectos destructivos. De acuerdo con una

reflexión de León (1997b) que recupera García, esto llevo a que las feministas se negaran hasta hace poco a discutir sobre el poder. No obstante, señala que esta situación ha cambiado notablemente, y con el concepto de *empoderamiento* han surgido otras maneras de concebir el poder que serían positivas: *poder para*, poder creativo y facilitador que al no basarse necesariamente en acciones de dominación, en cambio estimula la actividad y abre nuevas posibilidades; *poder con*, poder que multiplica los esfuerzos individuales y que es capaz de demostrar que el todo es mayor que la suma de las partes, y *poder desde dentro* o poder del interior, que es la habilidad para darle un sentido de control a la propia vida, de resistir el poder de otros y de sentar las bases sobre las cuales es posible construir alternativas (Kaaber, 1998 y Rowlands, 1997 en García, 2003).

#### *Empoderamiento y autonomía: ¿dos fenómenos diferentes?*

Sobre las diferencias entre estos conceptos, García (2003) plantea que un punto de partida necesario es el reconocimiento de que muchos especialistas –incluidos los documentos de la ONU–, utilizan los dos términos de manera intercambiable. Sin embargo, la autora considera más apropiada la posición de aquellos que establecen diferencias y, al respecto, cita diversas posiciones y hace sus propias anotaciones a cada uno:

- La autonomía es una *faceta* del empoderamiento (específicamente, la faceta psicológica). La autonomía sería similar al *poder desde dentro*, que se considera necesario tener antes de lograr ejercer otros tipos de poder (Stromquist, 1997). García apunta, por un lado, que no queda claro por qué la autonomía tendría que restringirse a la faceta psicológica y, por otro, que la idea de que ésta debe preceder a los otros ejercicios de poder es cuestionable.
- El poder y la autonomía pertenecen a *dos aspectos distintos de la vida cotidiana*: el *poder* con la participación efectiva en la toma de decisiones, y la *autonomía* con la actuación por iniciativa propia (libertad de movimiento) y fuera de la influencia de otros (Casique, 2001).\*

---

\*García anota que esta separación puede resultar artificial, y no queda claro el motivo de la separación.

- La separación está relacionada con la *esfera de la realidad* en la que tienen lugar las transformaciones. El uso del concepto de empoderamiento debe acotarse a los ámbitos político y social en comparación con la autonomía y la individuación que están más vinculadas con un proyecto de desarrollo personal (Ariza y Oliveira, 1996). García considera que es sugerente el tipo de relaciones que establecen las autoras, pero que considera *restrictivo* reservar el término empoderamiento sólo para el primer nivel de análisis, esto porque también existe una perspectiva individual en el desafío de las fuentes de poder y en el eventual control de los diferentes recursos.

Tras analizar varias definiciones de ambos términos, la autora considera que *convergen en el objetivo* perseguido: ganar control sobre la propia vida en lo que toca a la familia, la comunidad, la sociedad y los mercados. García explica que las autoras señaladas manejan de forma implícita que existen relaciones de eslabonamiento o convergencia entre los conceptos. Apunta que Magdalena León también se acerca a esta noción cuando apunta que *el empoderamiento conduce a la autonomía personal* (León, 1997b). Finalmente, García concluye señalando que *la autonomía individual (o grupal) sería una de las manifestaciones concretas del empoderamiento individual o colectivo, y podría transformarse en sucesivos momentos*. Apunta que un planteamiento de ese tipo ofrece pautas más claras y concretas para la investigación.

### **Diseño de indicadores sobre las desigualdades de género**

De acuerdo con García (2003), en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos en torno al diseño de indicadores sobre las desigualdades de género o sobre la condición de las mujeres, los cuales no necesariamente descansan en el concepto de empoderamiento o sólo lo utilizan de manera secundaria. Apunta que no es posible revisar la totalidad de dichos documentos, por lo que se centra solamente en aquellas propuestas explícitas sobre indicadores de empoderamiento o de autonomía. Una sistematización de los indicadores que ella revisa se presenta en el cuadro 1. Al respecto, García (2003) apunta que estas propuestas son complementarias y que

corresponde a cada investigador elegir los indicadores dependiendo de sus propósitos, fuentes disponibles, contexto social, etc., señala que se trata de ejemplos ilustrativos sobre lo que es posible hacer, señalando sus alcances y limitaciones.

Además, sugiere que es posible realizar investigación social sobre el empoderamiento partiendo de los resultados o manifestaciones de dicho proceso en diferentes esferas de la realidad. Y comenta que esta posición le parece un punto de partida muy útil para la investigación concreta en torno a las transformaciones complejas y dinámicas.

**Cuadro I. Alcances/limitaciones y características de indicadores sobre empoderamiento y autonomía**

Indicador y autor	Características
<p>Índice de desarrollo relacionado con la mujer (IDM)</p> <p>Índice de potenciación de la mujer (IMP) Autor: PNUD</p> <p>Manifestaciones específicas del proceso de empoderamiento Autor: Schuler y Hashemi, 1996,1997</p> <p>Indicadores de empoderamiento en diferentes planos de la realidad Autoras: Sen y Batliwala, 2000</p>	<p>Incorpora información sobre la representación femenina en los parlamentos, cargos directivos y profesionales, en la fuerza laboral y el ingreso nacional.</p> <p>Intenta abarcar la participación de las mujeres en la vida política, económica y social. El IPM se publica a mediados de los 90 para más de 100 países.</p> <p>A partir de un estudio se identifican cambios indicativos de empoderamiento en las mujeres:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sentido de seguridad y visión de futuro,</li> <li>2) capacidad para ganarse la vida,</li> <li>3) capacidad para actuar eficazmente en la esfera pública,</li> <li>4) mayor poder para tomar decisiones en el hogar,</li> <li>5) participación en grupos no familiares y uso de grupos de solidaridad como recursos de información y apoyo</li> <li>6) movilidad y visibilidad en la comunidad.</li> </ol>

Como indicadores proponen: 1) Acciones que las mujeres llevan a cabo –colectiva o individualmente–, para afirmar o imponer sus derechos, 2) Seguimiento de los sistemas de salud para evaluar en qué medida responden a las preocupaciones y necesidades de las mujeres, 3) Cambios en la incidencia de la violencia y género y el abuso, 4) mejoramiento de los indicadores de salud en las áreas clave de la salud sexual y reproductiva.

#### Alcances

Es un gran paso hacia la legitimación de posibles indicadores de empoderamiento de una escala internacional.

Significativo esfuerzo de recopilación y síntesis de información para muchos países.

Se trata de aspectos más cercanos a las transformaciones que interesan.

#### Limitaciones

Se privilegia la participación femenina en la vida económica, política y social.

No se da suficiente atención a los aspectos: cuerpo, sexualidad, religión y derechos humanos.

El IPM opera en el campo de la elección femenina abierta (participación en la vida pública), y no busca capturar los factores subyacentes e invisibles en las relaciones de poder; aquellos que se consideran naturales y obvios.

*Fuente:* síntesis propia, elaborada con base en Grecia (2003)

## Diseño de indicadores de empoderamiento y autonomía basados en las encuestas

Por otra parte, una amplia tradición en los estudios de población ha tomado a la condición femenina como indicador indirecto de las transformaciones en la fecundidad y la mortalidad. Esta “condición femenina”, generalmente, se maneja bajo el término de “estatus o posición de las mujeres” y éste, a su vez, tiende a ser medido en las encuestas a través de variables como educación, condición de actividad, ocupación desempeñada, ingreso, edad, etcétera. De acuerdo con García (2003), es este vínculo entre procesos demográficos e indicadores de “estatus” de las mujeres el que ha llevado a que con frecuencia indicadores de escolaridad o de empleo sean considerados a su vez como referentes indirectos –o *proxies* en inglés– del posible empoderamiento y autonomía de las mujeres.

Sin embargo, señala que no siempre la escolaridad y la participación laboral femenina se pueden asociar con el logro de mayor equidad entre hombres y mujeres, y que, por lo tanto, es relevante el diseño de indicadores *directos* de estos procesos. La autora revisa un número importante de estos esfuerzos mencionando que la mayor parte de los investigadores usan el término de indicadores directos de autonomía, o también de estatus o posición; aunque también hay algunos que los manejan como indicadores de empoderamiento o de acceso a las fuentes de poder.

Señala que, a pesar de esta diversidad, hay mucho consenso en las dimensiones que se pretende medir, y éstas apuntan en mayor medida a las manifestaciones concretas de independencia, al control de la propia vida y (o), a la actuación según intereses propios (por lo cual, ella prefiere llamarlos *indicadores directos de autonomía*). Los indicadores que revisa son los siguientes:

*Participación de las mujeres en la toma de decisiones:* ampliamente abordado en los estudios sociodemográficos, debido a su relación con el control de la conducta reproductiva y la reducción de la fecundidad. Generalmente se ha captado la participación femenina en las decisiones sobre: *educación, salud y matrimonio* de los hijos, uso de *anticonceptivos* y *planificación* familiar, y *compras y gastos* del hogar.

*Libertad de movimiento:* *movimiento fuera del hogar* o de la localidad de residencia, el *no pedir permiso* para efectuar estos desplazamientos. Buena parte de los estudios han sido realizados en Asia, donde se ha encontrado que la reclusión femenina es muy característica. Si bien se señala que para el caso de México esta dimensión también ha mostrado relevancia (Casique, 2001; Oliveira, 1999).

*Acceso y control de recursos económicos:* por lo general se intenta ir más allá del desempeño de un trabajo extradoméstico, más bien se busca detectar *en qué medida* las mujeres efectivamente *aportan, controlan* o pueden *responder*, aunque sea parcialmente por *su manutención económica* y la de su familia.

*Estar libre de violencia doméstica:* García señala que este indicador se menciona menos que los demás, pero que es necesario destacarlo. Considera relevante detectar tanto el estar *libre de amenazas* y miedo como la ausencia misma de que la *violencia física* sea infligida a la mujer por parte del esposo o compañero.

*Actitudes a favor de la equidad de género:* se refiere a la dimensión subjetiva (percepciones y actitudes) sobre la desigualdad entre hombres y mujeres acerca del derecho de ellas a realizar diversas actividades. Se consideran las *actitudes* respecto a las *tareas extradomésticas*, *salud* propia y de los hijos, *uso* de *anticonceptivos* y *planificación* familiar.

*Elección del cónyuge, composición de la pareja y del hogar:* se refiere a poder o no elegir al cónyuge, la *diferencia de edad* entre los esposos, existencia de algún tipo de *parentesco entre la pareja y convivencia con la familia* política.

### **Empoderamiento femenino: una propuesta de operacionalización**

A partir de esta revisión, el presente documento propone una definición operativa de empoderamiento femenino. Retoma la definición de Sharma (1991-1992) en el sentido de que el empoderamiento se puede considerar como un conjunto de actividades que tienen como objetivo cambiar la naturaleza y la dirección de las relaciones de poder que marginan a las mujeres, y se propone que el grado de avance en la consecución de dicho objetivo puede tener indicadores en diversos niveles (individual, relacional, grupal, etcétera), y estos, a su vez, ser observados a través de diferentes unidades de estudio (el sujeto, la pareja, el grupo, etc.). Cada uno de estos indicadores informaría así sobre el grado en que el empoderamiento de las mujeres se está consiguiendo, es decir, el grado en que se han cuestionado (o también fortalecido) las relaciones de poder existentes en un contexto determinado, y la forma en que ello ha impactado en la reducción (o el aumento) de la marginación hacia las mujeres, en un momento y contexto determinado.

Para el caso específico de los indicadores que se evaluarán en este ejercicio, se considera que la libertad con que una mujer pueda moverse y la frecuencia con que ésta participe en las decisiones relacionadas con su vida sexual, proporcionarán información sobre el grado en que se han flexibilizado las normas sociales que en México, de forma tradicional, habían cedido a los varones el poder de decidir sobre la sexualidad y movimiento de las mujeres. Es decir, la libertad de movimiento y la participación activa en la vida sexual, se considerarán como indicadores de empoderamiento femenino en el nivel individual y referido a la mujer como unidad de estudio.

Por su parte, se considera que la equidad en la toma de decisiones relacionadas con el hogar (distribución de los gastos, del tiempo libre y crianza y educación de los hijos), y el grado en que ambos miembros de la pareja son más semejantes en aspectos como la edad, escolaridad e ingreso, pueden tomarse como indicadores de empoderamiento femenino en el nivel relacional y referidos a la pareja como unidad de estudio. Esto es un indicador del nivel en que se ha modificado la norma social que tradicionalmente asigna el espacio doméstico, y las decisiones cotidianas en relación con él, como propio de las mujeres. De la misma forma, el que ambos miembros de la pareja tengan mayores niveles de homogamia,<sup>4</sup> se propone que proporcionará información sobre el nivel en que se ha modificado la forma tradicional de formación matrimonial en la sociedad occidental que tiende a emparentar varones con mayores recursos sociales (edad, escolaridad e ingreso) a mujeres con menores recursos.

### **Modelo ecológico y sistema de sexo/género, su articulación para el análisis de la violencia**

Hasta aquí la conceptualización revisada es útil y abundante porque nos permite identificar que la violencia contra las mujeres tiene como sustrato un marco más amplio de desigualdad, el cual ha sido denominado sistema de sexo/género por la teoría feminista. Éste identifica entre sus componentes centrales al género como una construcción cultural que tiene asociado un sistema jerarquizado y que una de las consecuencias inmediatas de este sistema jerarquizado es la asignación de comportamientos, representaciones y ámbitos de poder diferenciados.

Sin embargo, hasta ahora, pocos trabajos han operacionalizado el concepto de sistema de sexo/género, y en consecuencia hay poca información sobre cómo registrar sus componentes y evaluarlos. Incluir una propuesta de operacionalización de dicho concepto, tal y como se plantea en este trabajo, busca ser de utilidad en las siguientes dimensiones: 1) sumarse al esfuerzo por integrar en la explicación de la violencia doméstica con-

---

<sup>4</sup> Homogamia: en sociología, tendencia a la formación de parejas con atributos sociales (edad, escolaridad, ingreso, etc.) muy similares.

tra las mujeres: diferentes niveles de análisis, una lectura multifactorial<sup>5</sup> y una aproximación interdisciplinaria,<sup>6</sup> 2) permitir la organización espacial y conceptual de algunos indicadores sobre la condición de las mujeres, revisados hasta ahora y 3) mantener al poder y las relaciones de desigualdad que éste crea entre los géneros como un eje central en el análisis.

Apoyándose específicamente en los aportes de la perspectiva de género a la sociodemografía (Oliveira, Eternod y Paz López, 1999; Oliveira y Ariza, 1999) y el desarrollo de indicadores sobre la condición de las mujeres (Young, Fort y Danner, 1994; Wieringa, 1999; García, 2003 y Batliwala, 1997), este documento propone en el siguiente apartado una noción de sistema de sexo/género y su operacionalización. Se proponen, asimismo, los niveles que incluye y las variables e indicadores susceptibles de ser elaborados a partir de estas dimensiones.

### **Una propuesta para la estructura del sistema de sexo/género**

Para representar el sistema de sexo/género, se propone un diagrama que contiene por un lado el nivel de análisis<sup>7</sup> y, por otro, la unidad de observación. Este diagrama permite descomponer el sistema mencionado en sus diferentes niveles (individual, microsistema, exosistema y macrosistema) y, al mismo tiempo, identificar los indicadores observables según la unidad de análisis en que se sitúe el observador (ella/él, la pareja, el hogar, etc.). Este esquema tiene asimismo dos supuestos importantes:

1. No considera al poder como un recurso ontológico al género masculino.<sup>8</sup> En el sistema se organizan espacios de poder diferenciados de acuerdo con el género, se asignan distintos recursos para cada espacio y se estructuran asimetrías en cada nivel de la realidad, impactando en las relaciones que hombres y mujeres establecen.

<sup>5</sup> Esto es: no existe un factor que sea causal en sí mismo, sino que es la interacción entre variables y su relación en contextos específicos, lo que aumenta o disminuye la probabilidad de que el fenómeno ocurra.

<sup>6</sup> Todas ellas condiciones necesarias a la luz de las limitaciones halladas en las teorías revisadas en este documento.

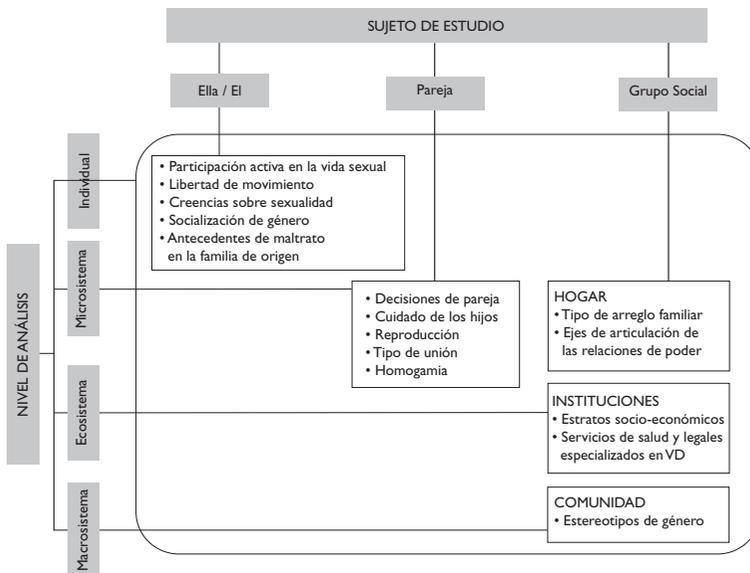
<sup>7</sup> Retomando la clasificación del modelo ecológico, ya discutido anteriormente.

<sup>8</sup> En la literatura sobre violencia doméstica a menudo se usa el término poder como un objeto o propiedad que, en la medida que el varón lo posee, puede usarlo a voluntad. Tal aproximación pasa por alto que el poder no sólo es algo que se tiene, sino más bien una relación social, como lo define García (2003).

2. Captar adecuadamente el poder en las relaciones de pareja, requiere incluir otros niveles de análisis, además del individual, ya que estas relaciones de poder sólo se pueden leer en el contexto más amplio que les da origen: el sistema de sexo/género.

Construido así (ver figura 1), se observan en el eje horizontal los Sujetos de estudio, que comprende como categorías: Ella/Él, la Pareja y el Grupo Social (el cual, a su vez, tiene varios tipos: el hogar, las instituciones y la comunidad). El eje vertical, por su parte, incluye los niveles de análisis: individual, microsistema, ecosistema y macrosistema. Las celdas donde se cruzan ambos ejes daría cuenta de los indicadores<sup>9</sup> que proporcionan información sobre el sistema de género/sexo.

**Figura 1. Propuesta de estructura para el Sistema de Sexo/Género**



<sup>9</sup> Indudablemente, el esquema podría incluir más indicadores, sin embargo, dado que se ha desarrollado pensando en la base de datos disponible (ENSARE, 98), se proponen sólo los indicadores que se consideran accesibles en dicha fuente.

En la articulación del nivel de análisis individual y del sujeto de estudio Ella/Él, los indicadores que pueden registrarse son: la participación activa en la vida sexual; la libertad de movimiento (ambos, indicadores de empoderamiento en el nivel individual); las creencias sobre sexualidad; la socialización de género y el maltrato en la familia de origen, ya sea hacia la madre o hacia él/ella cuando niño(a). En el cruce entre el microsistema y la pareja como sujeto de estudio, se ubican: las decisiones relacionadas con el hogar, el cuidado de los hijos, las decisiones sobre reproducción, el tipo de unión y el grado de homogamia entre los miembros de la pareja (todos ellos, indicadores de empoderamiento en el nivel relacional). Por su parte, el grupo social como objeto de estudio es susceptible de abordarse desde tres niveles de análisis: desde el microsistema se puede abordar el hogar y dar cuenta de los ejes de articulación de las relaciones de poder en el hogar y el tipo de arreglo familiar; en el exosistema se ubica a las instituciones, en éste se puede identificar los servicios de salud y legales especializados en violencia, y la proporción de mujeres en puestos gubernamentales, así como los estratos socioeconómicos a los que pertenece la población de estudio; finalmente, en el nivel de la comunidad los indicadores accesibles son los estereotipos de género y las creencias sobre sexualidad.

El diagrama así presentado muestra diversas variables que sería de interés analizar, si bien para este trabajo la mayoría sólo se mantendrá como contexto teórico en el cual interpretar los resultados. Debido al espacio del que se dispone, las únicas variables que se analizaran son dos indicadores de empoderamiento en el nivel individual (participación activa en la vida sexual y libertad de movimiento) y dos en el nivel relacional (decisiones de pareja y homogamia).

## **Estrategia de análisis**

### *Fuente de información*

La investigación se basó en la base de datos de la Encuesta de Salud Reproductiva a Población Derechohabiente, realizada en 1998 (Ensare 98). Ésta se aplicó a población afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuenta con tres poblaciones de estudio: mujeres de 12 a 54 años, hombres entre 12 y 59 años, y los hogares en que residían estas personas. Se trata de una encuesta probabilística que utilizó un muestreo estratificado multietápico. La

muestra final contó con 5,405 mujeres y 2,992 varones. Siguiendo el ejercicio realizado por Casique (Casique, 2003), en la base de datos de la encuesta se identificaron los casos en que ambos miembros de una pareja fueron entrevistados y de esta forma se obtiene una muestra de 1,604 casos de parejas con representatividad a nivel nacional. El análisis que aquí se realiza está basado en esta última muestra.

## **Definición de variables independientes**

*Indicadores de empoderamiento en el nivel individual:*

*autonomía de las mujeres y participación activa en la vida sexual*

Como ya se mencionó, se considera que los indicadores de empoderamiento de la mujer en el nivel individual tienen que informar sobre el grado en que ésta puede decidir de forma independiente sobre los aspectos de su vida personal.<sup>10</sup> Son de interés dos dimensiones: la libertad de movimiento y participación activa en su sexualidad. En el diseño de los índices se busca penalizar cuando las decisiones en estos rubros de su vida fueron tomadas por una persona diferente a ella (él o ambos) y valorar cuando ella privilegió su punto de vista para decidir en cada dimensión.

En el cuadro 2 se muestra la construcción del Índice de Autonomía Modificado, éste se elabora a partir de la información que proporciona la Ensare 98 sobre distintas actividades de las mujeres en las cuales puede requerir o no el permiso de su esposo para que las realice. Se trata de un índice aditivo estimado a partir de la sumatoria de los valores obtenidos en las distintas preguntas con base en las respuestas proporcionadas por las mujeres. Asimismo, éste es resultado de una modificación del índice propuesto por Casique (2003). En el ánimo de profundizar en el trabajo desarrollado por esta autora, se considera que esta modificación puede captar mejor el empoderamiento

<sup>10</sup> Ciertamente, aquí se puede plantear un debate en el sentido de que el movimiento y la sexualidad, a pesar de ser dimensiones que pertenecen a sujetos individuales, para su realización requieren invariablemente algún grado de negociación. Por ello, habrá quien considere más adecuado ubicar conceptualmente a estos indicadores en el nivel relacional, y así definirlos operacionalmente asignando valores altos cuando las decisiones en estos rubros sean tomados por ambos de manera conjunta. Sin embargo, este documento considera que independientemente del grado de negociación que estas dimensiones requieren, el titular final a quien pertenece la decisión sobre su sexualidad y su movimiento es el sujeto, y, por ello, la ubicación y forma de operacionalización sugerida se considera la más adecuada.

femenino al excluir dos preguntas y cambiar la asignación de valores en las respuestas.<sup>11</sup> Las diferencias entre ambos índices se muestran en el anexo 1.

<b>Cuadro 2. Índice de Autonomía de la Mujer Modificado</b>			
Preguntas	Respuestas		
Generalmente, ¿usted le pide permiso o avisa a su esposo para...?	Pide permiso	Avisa	Ninguno
1. ¿salir sola?	0	1	2
2. ¿visitar amistades?	0	1	2
3. ¿visitar familiares?	0	1	2
4. ¿participar en actividades comunitarias o sociales?	0	1	2
Rango de valores del Índice: 0 a 8 ; Consistencia del índice: alpha-cronbach= 0.8247			

En el cuadro 3 se muestra la construcción del Índice de Participación Activa de la Mujer en su Vida Sexual, éste se construye a partir de distintas preguntas en la encuesta relacionadas con el grado en que la mujer ha jugado un papel activo en el ejercicio de su sexualidad. Al igual que el caso anterior, se trata de un índice aditivo elaborado a partir de las respuestas proporcionadas por las mujeres.

Aquí, cabe mencionar que si bien el nivel de consistencia entre las preguntas que forman el índice es muy bajo (alpha-cronbach= 0.20), éste decidió mantenerse dada su capacidad explicativa mostrada en los análisis de

<sup>11</sup> Las preguntas excluidas son las relacionadas con pedir permiso para salir con los hijos y para realizar gastos cotidianos, ello, porque se considera que estas decisiones, tradicionalmente, han sido consideradas competencia de la mujer. Así, se piensa que el hecho de que ella no pida permiso para realizar estas actividades (aspecto que califica el índice), lejos de captar empoderamiento, podría captar una reafirmación de la subordinación femenina. Por otra parte, el cambio en la calificación de las respuestas consiste en asignar “2” a la opción de respuesta “Ninguno”, debido a que se asumen los siguientes supuestos: “Pedir permiso” requiere el máximo grado de negociación para la realización de las actividades, “Avisa” sigue requiriendo un cierto nivel de negociación, aunque en este caso, se considera de nivel medio, finalmente, se asume que “Ninguno” es la única opción de respuesta en donde se agruparán las mujeres que no requieren ningún grado de negociación con su compañero para realizar las actividades.

regresión. Esto es de interés porque informa que a pesar de su baja consistencia en el indicador de consistencia, el índice guarda una importante relación teórica con la violencia hacia las mujeres.

### **Indicadores de empoderamiento en el nivel relacional: equidad en las decisiones del hogar y homogamia**

De forma semejante a los indicadores de empoderamiento en el nivel individual, se considera que los referidos al nivel relacional y ubicados en la pareja como unidad de análisis deben proporcionar información sobre el grado de equidad existente en la pareja, en aspectos relacionados con la toma de decisiones sobre el hogar y los recursos sociales con que cuenta cada uno de sus miembros. Para este caso son de interés dos aspectos que se considera proporcionan información sobre la equidad: el relacionado con las decisiones del hogar y el grado de semejanza (homogamia) que existe entre los miembros de la pareja en aspectos como la edad, la escolaridad y el ingreso.

<b>Cuadro 3. Índice de Participación Activa de la Mujer en su Vida Sexual</b>			
Preguntas	Respuestas		
	Él	Ambos	Ella
1. ¿Quién decidió su primera relación sexual?	0	1	2
2. Actualmente, cuando tiene relaciones sexuales con su pareja, ¿generalmente quién toma la iniciativa para tenerlas?	0	1	2
	No	A veces	Sí
3. Si usted no tiene deseos de tener relaciones, ¿se lo dice a su pareja?	0	1	2
Rango de valores del Índice: 0 a 6 ; Consistencia del índice: alpha-cronbach= 0.20			

### Equidad en las decisiones del hogar

En la construcción de este indicador, se busca penalizar cuando las decisiones relacionadas con el hogar son tomadas por cualquier miembro de forma independiente (él o ella) y busca asignar mayor calificación cuando ambos toman la decisión de forma conjunta. Al igual que el índice de Autonomía y el de Participación en la Sexualidad, se trata de un índice aditivo elaborado a partir de un conjunto de preguntas en la encuesta dirigidas a determinar quién en la pareja toma las decisiones relacionadas con los gastos, el tiempo libre y la crianza y educación de los hijos (ver cuadro 4). De nueva cuenta, este índice es resultado de una modificación del propuesto por Casique, elaborado para medir Poder de Decisión de la Mujer (Casique, 2003). En este caso también se considera que esta modificación orientada a medir equidad en la pareja, en lugar de poder femenino, es más adecuada como indicador de empoderamiento, dado que las preguntas a partir de las que se construye están más asociadas con el ámbito doméstico (y por ello tendrían que decidirse por ambos miembros), que con los aspectos de la mujer como sujeto individual. Las diferencias entre ambos índices se muestran en el anexo 2.

<b>Cuadro 4. Índice de Equidad en las Decisiones del Hogar</b>			
Preguntas	Respuestas		
Generalmente, ¿quién de los dos toma las decisiones en la...?	Él	Ambos	Ella
1. ¿distribución de los gastos en el hogar?	0	1	0
2. ¿distribución del tiempo libre?	0	1	0
3. ¿crianza y educación de los hijos?	0	1	0
Rango de valores: 0 a 3 ; Consistencia: alpha-cronbach= 0.77			

### Homogamia

Para el caso de la edad y la escolaridad se construyó un indicador que se obtiene al sustraer el valor de ella del valor correspondiente al de él. Se obtiene así un indicador que tiene como fin medir la diferencia existente entre los recursos de él y los de ella. El punto de partida es “0”, que representa el máximo nivel

de homogamia. Los valores positivos indican diferencia a favor de él, y los negativos a favor de ella. En el caso del ingreso, la encuesta no posee información que permita realizar el mismo procedimiento, por ello sólo se trabaja con la pregunta “¿quién recibe mayor remuneración?”, y a partir de ella se construye una variable dicotómica que informa los casos en los que ella gana más que él.

### **Definición de variables dependientes**

Conceptualmente se retoma la definición de *violencia doméstica hacia las mujeres*, elaborada por Jorge Corsi, “[...] se trata de una de las formas de la violencia de género: la que tiene lugar en el espacio doméstico [...] sus objetivos son: ejercer control y dominio sobre las mujeres para conservar o aumentar el poder del varón en la relación [...] sus manifestaciones incluyen el maltrato físico, el abuso sexual, el abuso económico, el maltrato verbal y psicológico, el chantaje emocional, etcétera” (Corsi, 1994). Si bien dicha definición tiene que acotarse, ya que la Ensare 98 no incluye preguntas sobre maltrato económico y sexual, y debido a la sub muestra de parejas que se ha construido para este trabajo, se excluyen los casos de violencia en relaciones de noviazgo o la generada por ex parejas. Así, la definición conceptual para la presente investigación se acotará exclusivamente a los casos de violencia física y emocional generada en el contexto de una relación de pareja conyugal y efectuada durante el último año previo a la realización de la encuesta (junio 97/junio 98).

### **Indicadores de prevalencia**

*Definición operativa:* uno de los objetivos de este documento es determinar el porcentaje de mujeres que experimentan violencia doméstica en su relación de pareja, es decir, su prevalencia;<sup>12</sup> pero además de ello interesa conocer el tipo de violencia de que son objeto y la intensidad de la misma. Para conocer la prevalencia y el tipo de violencia que se ejerce contra las mujeres de la muestra, se construyeron variables dicotómicas que informan sobre los porcentajes de mujeres que son objeto de alguna forma de violencia en general, emocional y física. La forma en que éstos se construyeron se presenta en el cuadro 5.

<sup>12</sup> Prevalencia: el número o la proporción de sujetos que en una población observan una característica de interés.

### Indicadores de intensidad<sup>13</sup>

Por otra parte, para conocer la intensidad de estas formas de violencia se han construido índices aditivos resultado del número de episodios de maltrato que las mujeres han experimentado en cada una de las formas de violencia. Para el diseño de estos índices, se tomó en cuenta que las mujeres no experimentan el maltrato emocional o el físico de forma separada, sino que, de hecho, con frecuencia los experimentan de forma combinada.

<b>Cuadro 5. Indicadores de Prevalencia sobre Violencia contra las Mujeres (variables dummy)</b>			
Preguntas	Respuestas		Indicador por tipo de violencia
Durante el último año, su esposo o compañero...	Sí	No	
1. ¿le ha gritado?	Sí	No	Violencia en general = 1 si responde sí en alguna de las 12 preguntas = 0 si responde no a todas las preguntas
2. ¿la ha ofendido o humillado?	Sí	No	
3. ¿la ha amenazado con pegarle?	Sí	No	
4. ¿ha intentado golpearla?	Sí	No	
5. ¿la ha amenazado con un cuchillo o navaja?	Sí	No	Violencia emocional = 1 si responde sí en alguna pregunta de 1 a 6 = 0 si responde no a todas las preguntas de 1 a 6
6. ¿la ha amenazado con un arma de fuego?	Sí	No	
7. ¿le ha aventado algo?	Sí	No	
8. ¿la ha empujado o dado unabofetada?	Sí	No	Violencia física = 1 si responde sí en alguna pregunta de 7 a 12 = 0 si responde no a todas las preguntas de 7 a 12
9. ¿la ha pateado?	Sí	No	
10. ¿la ha mordido?	Sí	No	
11. ¿la ha golpeado?	Sí	No	
12. ¿la ha agredido con arma punzo cortante	Sí	No	

<sup>13</sup> En demografía, tradicionalmente el término “intensidad” se define como “la proporción de la población que experimenta un evento determinado”, por lo cual, su significado puede confundirse fácilmente con el término de “prevalencia”. Para el caso de este estudio, no se usará la definición demográfica de “intensidad” mencionada, sino que este término se entenderá en su significado más literal que se refiere al número de eventos que un fenómeno determinado observa en una población de interés.

Un análisis inicial de las respuestas de las mujeres sobre las intersecciones entre estas dos formas de violencia, reveló que la mayor parte de las mujeres se podían dividir en dos categorías: aquellas que únicamente experimentan violencia emocional y las que sufren violencia física y emocional de forma simultánea. Así, se diseñaron tres índices que buscan captar respectivamente la intensidad con que las mujeres experimentan: *a)* cualquier forma de violencia (Índice de Violencia en General), *b)* violencia física y emocional de forma simultánea y *c)* únicamente violencia emocional.

- a) Índice de Violencia en General:* incluye todos los reactivos y busca medir el número de episodios de maltrato que ha experimentado la mujer independientemente del tipo que se trate. Sus valores van de 0 a 12 y su consistencia fue alta (alpha-cronbach= 0.84).
- b) Índice de Violencia Física y Emocional Simultáneas:* éste incluye sólo a aquellas mujeres que experimentan alguna forma de violencia física y, simultáneamente, alguna forma de violencia emocional. Por esta razón, cuando se muestre su distribución en los siguientes apartados se observará que en el valor 1 del índice no hay ningún caso, ya que justamente uno de los criterios para incluirse en esta categoría era que la mujer experimentara al menos un episodio en cada forma de violencia. Así, para este índice los casos comienzan a partir del valor 2. Sus valores van también de 0 a 12 y su consistencia fue alta (alpha-cronbach= 0.78).
- c) Índice de Violencia Únicamente Emocional:* finalmente, éste incluye a aquellas mujeres que experimentan alguna forma de violencia emocional y, como condición para ser incluidas, ninguna forma de violencia física. Sus valores van de 0 a 6 y su consistencia fue alta (alpha-cronbach= 0.76).

## **Análisis de resultados**

### *Distribución de los indicadores en la población de estudio*

Los indicadores de empoderamiento correspondientes al nivel individual son el Índice de Autonomía Modificado, que es resultado de una adaptación

del Índice de Autonomía propuesto por Casique (2003), y el Índice de Participación Activa en la Vida Sexual, resultado de una elaboración propia. A su vez, los indicadores de empoderamiento en el nivel relacional son Índice de Equidad en las Decisiones del Hogar, resultado de una modificación del Índice de Poder de Decisión de la Mujer, igualmente propuesto por Casique (2003), y tres indicadores de homogamia: Diferencia en Años en la Edad de los miembros de la Pareja, Diferencia en Años, en la Escolaridad de los Miembros de la Pareja y Quién Recibe Más Remuneración Salarial.

### Indicadores de empoderamiento en el nivel individual

#### *Autonomía de la mujer*

Cuando se revisa la distribución de frecuencias en las preguntas sobre autonomía de la mujer (ver cuadro 6), se observa que de asumirse el supuesto de que la opción “avisar” supone un grado de negociación “medio” con la pareja como condición para realizar sus actividades, las mujeres de la muestra requieren dicha negociación en porcentajes muy altos. Para tres de las cuatro preguntas (salir sola, visitar amistades y visitar familiares), el porcentaje de quienes “avisan” está por encima de 70%, y para la cuarta pregunta, el porcentaje se mantiene apenas por debajo de este rango (69.1 por ciento).

<b>Cuadro 6. Distribución de frecuencias en preguntas sobre autonomía de la mujer</b>				
	Usted le pide permiso o le avisa a su esposo para...			
	Salir sola	Visitar amistades	Visitar familiares	Actividades comunitarias
Avisa	72.5	75.2	75.2	69.1
Pide permiso	21.4	16.1	15.4	20.2
Ninguno	6.1	8.6	9.4	10.7
Total	100	100	100	100

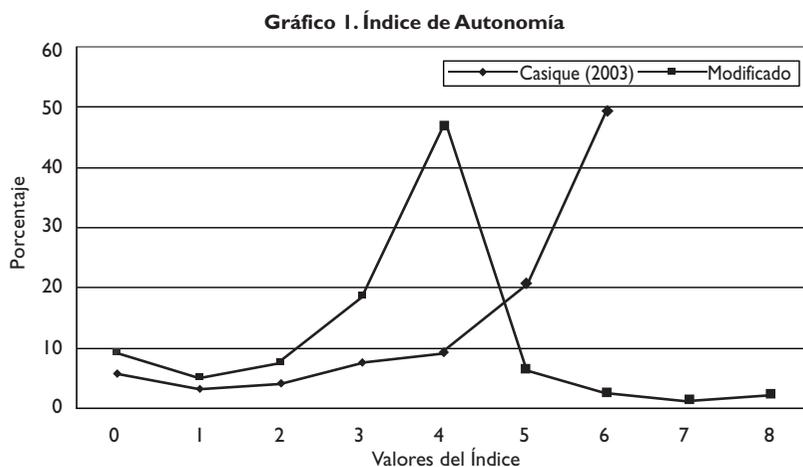
Por otra parte, para el caso de las mujeres que requieren un grado de negociación “alto” para realizar sus actividades, se observa que éstas representan entre la quinta y la sexta parte de la muestra, ya que en la opción “pide permiso” los porcentajes van de 15.4% a 21.4% en todas las preguntas. Finalmente, el porcentaje de mujeres que de acuerdo con el supuesto asumido en este trabajo no requieren ningún grado de negociación, es marginal en el caso de las mujeres de la muestra, ya que la opción de respuesta “ninguno” sólo llega a 10.7% en una de las categorías (“actividades comunitarias”).

<b>Cuadro 7. Distribución de mujeres en Índice Autonomía Modificado</b>	
0	9.27
1	5.07
2	7.70
3	18.60
4	46.78
5	6.39
6	2.50
7	1.44
8	2.25

<b>Cuadro 8. Distribución de mujeres en Índice Autonomía (Casique, 2003)</b>	
0	5.75
1	3.26
2	4.10
3	7.63
4	9.22
5	20.72
6	49.32
Total	100

Con lo anterior, se tiene que la amplia mayoría de las mujeres de la muestra requieren un nivel de negociación entre alto y medio para la realización de las actividades. Ya que entre 89.3% y 93.9% es el resultado de sumar los porcentajes de las categorías “avisa” y “pide permiso” en cada pregunta. Como ya se mencionó, a partir de estos cuestionamientos se elaboró el Índice de Autonomía Modificado, en la distribución de éste (ver cuadro 7) se observa que la libertad de movimiento para las mujeres de la muestra se ubica principalmente entre media (nivel 4 del índice= 46.78%) y baja (suma de porcentajes de 0 a 3= 40.64%), y que aquellas que tienden hacia márgenes más amplios de movimiento representan sectores muy pequeños de la muestra (suma de porcentajes de 5 a 8= 12.59 por ciento).

Esto contrasta con los resultados que da el índice presentado por Casique (2003). Mientras el índice presentado en su trabajo ubica a las mujeres en los niveles más altos de autonomía (ver cuadro 8), la modificación propuesta a su indicador coloca a la mayor parte de éstas en niveles medios y bajos.<sup>14</sup> Lo anterior puede observarse con más claridad en el gráfico 1, en el que la ubicación de los picos donde se acumula la mayor parte de la población (nivel medio del indicador para el Índice de Autonomía Modificado y nivel más alto para el Índice de Autonomía propuesto por Casique), refleja dos formas muy diferentes de medir la libertad de movimiento de las mujeres.



### Participación activa en la vida sexual

En relación con la actividad sexual, las preguntas seleccionadas y la construcción del índice ha sido explicado ya. Al observar la distribución de éstas (ver cuadro 9), llaman la atención dos cosas: por un lado, que las mujeres de la muestra, en su amplia mayoría, reconocen niveles de participación en su vida sexual prác-

<sup>14</sup> Se insiste en que las modificaciones propuestas no tratan de descalificar el indicador propuesto por la autora, sino de proponer una modificación que se piensa puede resultar de una mayor utilidad predictiva para el fenómeno de la violencia doméstica. Utilidad que, además, quedará pendiente por demostrarse en la fase de los modelos de regresión de este proyecto y posteriores investigaciones. Por otra parte, los índices construidos y reportados por la autora han demostrado su capacidad predictiva con otros fenómenos (participación del padre en el cuidado y crianza de los hijos).

ticamente nulos<sup>15</sup> (en el caso de las dos primeras preguntas, la opción “ella” es menor a 2%); por otro, destaca la heterogeneidad<sup>16</sup> de las respuestas para cada pregunta. Por ejemplo, en las dos primeras (¿quién decidió la primera relación sexual?, y ¿quién toma la iniciativa sexual en su pareja actual?) ella de forma independiente reconoce niveles de participación en su vida sexual muy bajos (en ambos casos, la opción “ella” es menor a 2%). Sin embargo, en la primera pregunta el mayor porcentaje se acumula en ambos (78%), mientras que en la segunda esta situación cambia y el porcentaje se distribuye en cantidades muy semejantes entre “él” (49.8%) y “ambos” (48.3 por ciento).

Es decir, pareciera que las decisiones sobre su vida sexual son tomadas por él o por ambos y en muy pocos casos por ella de forma independiente. No obstante en la pregunta 3 (“Si usted no tiene deseos de tener relaciones, ¿se lo dice a su pareja?”), la respuesta podría hacer pensar que las mujeres sí juegan un papel activo en las decisiones relacionadas con su sexualidad, ya que un abrumador 84% de ellas responden afirmativamente. Esto puede resultar contradictorio, aunque una posible explicación puede hallarse en la restricción social a las mujeres que hablan abiertamente sobre su sexualidad.

<b>Cuadro 9. Distribución de frecuencias en preguntas sobre participación activa de la mujer en su vida sexual</b>				
<b>Preguntas</b>	<b>Él</b>	<b>Ambos</b>	<b>Ella</b>	<b>Total</b>
¿Quién decidió su primera relación sexual?	20.8	78.1	1.1	100
Actualmente, cuando tiene relaciones sexuales con su pareja, ¿generalmente quién toma la iniciativa para tenerlas?	49.8	48.3	1.9	100
	<b>No</b>	<b>A veces</b>	<b>Sí</b>	
Si usted no tiene deseos de tener relaciones, ¿se lo dice a su pareja?	13.6	1.7	84.8	100

<sup>15</sup> Si bien es necesario reconocer que este resultado puede estar sesgado por el estereotipo social que tiende a descalificar a aquellas mujeres que asumen de manera abierta su sexualidad, lo cual podría haber hecho que las mujeres subestimaran su participación y sobreestimaran la de él o la de la categoría “ambos”, por temor a ser evaluadas por la entrevistadora.

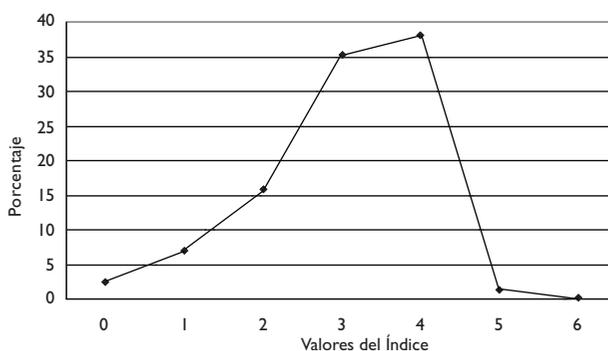
<sup>16</sup> Probable razón del bajo valor en el alpha de cronbach de este indicador.

A partir de las preguntas mencionadas, se elaboró el Índice de Participación Activa de la Mujer en su Vida Sexual. En su distribución (ver cuadro 10), se observa que el grado en que las mujeres de la muestra participan de forma activa en su vida sexual oscila entre el nivel medio y medio alto. Esto es, deciden aproximadamente en la mitad de las cuestiones que tienen que ver con su vida sexual, y en la otra mitad toman decisiones de forma conjunta con su pareja o le delegan a él la responsabilidad por completo.

**Cuadro 10.**  
Distribución de mujeres en Índice de Participación Activa en la Vida Sexual

0	2.4
1	7.0
2	15.9
3	35.3
4	38.2
5	1.3
6	0.1
Total	100

**Gráfico 2. Índice de Participación Activa de la Mujer en su Vida Sexual**



Cabe mencionar que esta “transmisión” de la decisión difícilmente puede interpretarse como voluntaria, dados los ejes restrictivos bajo los cuales el estereotipo social aún vigente en la sociedad mexicana dicta que debe conducirse la sexualidad femenina. En consecuencia, se puede plantear que esta participación “de nivel medio” de la mujer en su vida sexual, posiblemente informa de un contexto restringido para el ejercicio de su sexualidad (si bien no se sabe si la restricción se origina en su pareja actual o su educación familiar).

### **Distribución de las tareas del hogar**

Como se explicó en la sección de metodología, se propone un índice que busca medir la equidad con que se toman las decisiones correspondientes al hogar. Éste es resultado de una modificación del Índice de Poder de Decisión propuesto por Casique (2003). Las preguntas a partir de las que

se elabora se muestran en el cuadro 11, en éste destaca el hecho de que en aspectos como el tiempo libre y la crianza de los hijos existe un importante nivel de equidad entre los miembros de la pareja; sin embargo, en la dimensión de los gastos del hogar esta equidad tiende a disminuir y una parte importante de las decisiones se delega en las mujeres.

Como se observa en el cuadro, las parejas que deciden de forma conjunta sobre el tiempo libre (54.8%) y la crianza de los hijos (62.3%) representan poco más de la mitad de la muestra. Por el contrario, en el caso de la dimensión relacionada con los gastos del hogar, el porcentaje de parejas que toman la decisión de forma conjunta (39.1%) es prácticamente idéntico al número de parejas en donde las decisiones son tomadas únicamente por ella (39.3%), situación que refleja una tendencia a la inequidad hacia las mujeres en este rubro.

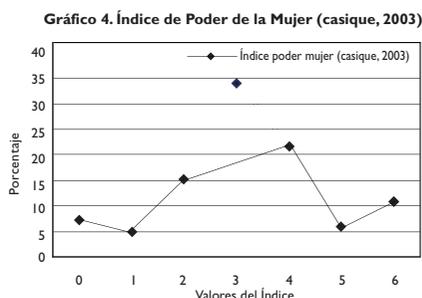
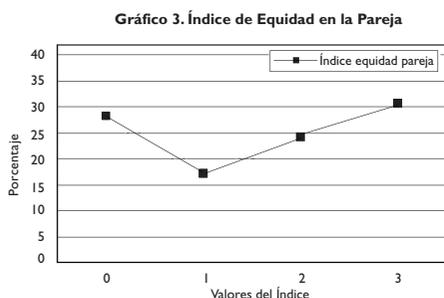
<b>Cuadro 11. Distribución de frecuencias en preguntas sobre toma de decisiones</b>			
	Quién en la pareja decide sobre...		
	Gasto en el hogar	Tiempo Libre	Crianza de los hijos
Él	21.4	21.8	8.9
Ambos	39.1	54.8	62.3
Ella	39.3	21.6	21.8
No procede	0.2	1.8	7.0
Total	100	100	100

A partir de estas respuestas, se elabora el Índice de Equidad en la relación de pareja (gráfica 3), en éste se puede observar que las parejas de la muestra tienden a agruparse en ambos extremos del nivel de equidad. Esto es, la mayor parte de las mujeres reportan niveles de equidad muy bajos o muy altos en sus parejas, y son relativamente pocas aquellas que reportan valores intermedios de equidad. Como se observa en el cuadro 12, casi la tercera parte de ellas se ubican en los valores más altos del índice (30.59%), y una cantidad muy semejante en los valores más bajos (28.19 por ciento).

<b>Cuadro 12. Distribución de mujeres en Índice de Equidad en la Pareja</b>	
0	28.19
1	17.18
2	24.04
3	30.59
Total	100

<b>Cuadro 13. Distribución de mujeres en Índice de Poder de la Mujer (Casique, 2003)</b>	
0	7.18
1	4.94
2	15.24
3	34.00
4	21.77
5	6.01
6	10.86
Total	100

Esta información resulta complementaria con la proporcionada por el Índice de Poder de la Mujer (Casique, 2003), en la cual se busca medir el poder femenino. Para el caso de este Índice de Poder de la Mujer (ver cuadro 13), lo que se encuentra es que aproximadamente la tercera parte de las mujeres toman ellas solas las decisiones relacionadas con el hogar, y son muy pocas las que se ubican en los valores más altos y bajos del índice. Esta situación se puede apreciar con más claridad en las gráficas 3 y 4.



## Homogamia

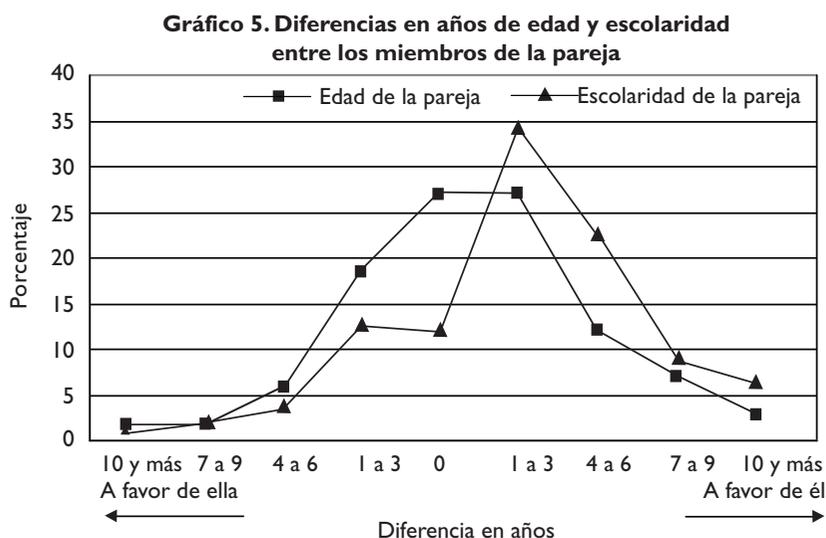
En relación con esta dimensión se construyeron tres indicadores: Diferencia en los Años de Escolaridad de los Miembros de la Pareja, Diferencia en Años en la Edad de los Miembros de la Pareja y Quién Recibe Más Remuneración. Como ya se explicó, los dos primeros se construyeron sustrayendo el valor correspondiente del indicador de él (edad o escolaridad) del valor en el indicador de ella. Sin embargo, en el caso del ingreso sólo se construyó una variable categórica que informa sobre quién en la pareja recibe mayor remuneración, esto debido a que las preguntas incluidas en la encuesta no permitían el mismo procedimiento usado para la edad y la escolaridad.

<b>Cuadro 14. Distribución de frecuencias en la diferencia en años de edad de la pareja</b>										
	A favor de ella					A favor de él				
Diferencia en años de edad	10 +	7 a 9	4 a 6	1 a 3	0	1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 +	Total
% de población	1.1	1.4	2.9	12.3	11.6	34.2	22.4	8.5	5.7	100

En el caso de la edad y la escolaridad, destaca que existen niveles de asimetría importantes entre las parejas de la muestra y que, además, dichas asimetrías reportan ventajas para los varones. Si bien éstas son más pronunciadas en el caso de la edad que en el de la escolaridad.

<b>Cuadro 15. Distribución de frecuencias en la diferencia en años de escolaridad de los miembros de la pareja</b>										
	A favor de ella					A favor de él				
Diferencia en años de Escolaridad	10 +	7 a 9	4 a 6	1 a 3	0	1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 +	Total
% de población	0.4	1.2	5.3	18.4	27.2	27.3	11.7	6.5	2.1	100

Para el caso de las diferencias en la edad (cuadro 14 y gráfico 5), en alrededor de la tercera parte de las parejas (34.2%) ellos son entre uno y tres años mayores que sus compañeras, y en poco más de la quinta parte (22.4%) ellos reportan entre cuatro y seis años de edad más que ellas. En el caso de la escolaridad, estas diferencias son menos pronunciadas (cuadro 15 y gráfico 5). Si bien sigue existiendo un número importante de parejas donde él reporta entre uno y tres años de escolaridad más que ella (27.3%), la cifra de parejas en donde no hay ninguna diferencia en la escolaridad de ambos es prácticamente idéntica (27.2%), y en casi una quinta parte ellas reportan entre uno y tres años de escolaridad más que él (18.4%), lo cual revela una situación más equilibrada entre las parejas del estudio en comparación con la edad.



Para el rubro del ingreso, de nuevo se observa una marcada asimetría a favor del varón (ver cuadro 16). En primera instancia, 69.8% de las mujeres de la muestra no realiza una actividad laboral con ingreso, lo cual supone ya una desventaja importante. En segundo lugar, en la quinta parte de las parejas (20.9%) él recibe un ingreso mayor que el de ella y, finalmente, el número de parejas donde ella recibe más ingreso que él (5.4%) o ambos reciben el mismo ingreso (3.9%) son prácticamente marginales en las

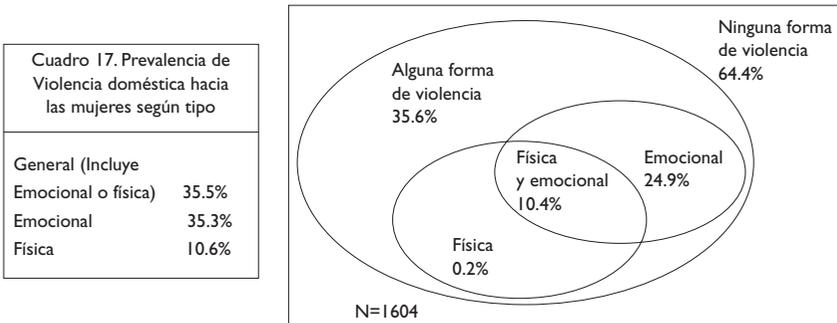
parejas del estudio. Estas condiciones de asimetría observadas coinciden con el perfil que los otros indicadores revisados en este documento han mostrado, en el sentido de que la condición de las mujeres sigue reportando desventajas en relación con la del varón. Será interesante evaluar la relación de dichas desventajas con la violencia doméstica hacia las mujeres en la fase de los modelos de regresión lineal.

<b>Cuadro 16. En la pareja, quién recibe más ingreso por trabajo</b>					
	Ella sin ingreso	Ella	Igual	Él	Total
% de población	69.8	5.4	3.9	20.9	100

### Indicadores de violencia doméstica hacia las mujeres

A partir de las preguntas que la Ensare 98 incluye sobre el tema, se construyeron indicadores de prevalencia de las diferentes formas de violencia en las parejas de la muestra (ver cuadro 17). En la distribución según tipo de violencia, se encuentra que poco más de la tercera parte (35.5%) de las mujeres experimentan algún tipo de violencia general (ya sea emocional o física), prácticamente la misma proporción (35.3%) reportaron alguna variante de violencia emocional y 10.6% alguna forma de violencia física.

**Figura 2. Violencia doméstica hacia las mujeres, por intersección y tipo.**  
**Universo: todas las mujeres de la muestra**

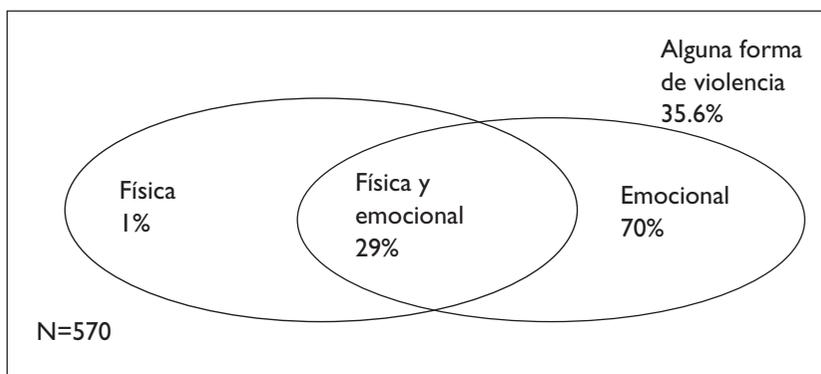


Ahora bien, como se mencionó anteriormente, ambas formas de violencia no son excluyentes entre sí y una mujer puede experimentar más de una de

ellas. Al revisar las intersecciones entre éstas (ver figura 2), destaca que para la muestra en su conjunto 24.9% experimenta *únicamente* violencia emocional, 10.4% violencia física y emocional *simultáneamente*, y 0.2% de toda la muestra experimentan *únicamente* violencia física.

En consonancia con lo reportado en algunos trabajos basados en entrevistas con mujeres que viven violencia (Pendzik, 1990), se observa que de aquellas que experimentan violencia física prácticamente todas experimentan también violencia emocional (98%) (ver figura 3). Por el contrario, de aquellas que son sujetos de violencia emocional sólo una parte menor (29%) sufren también de violencia física. En relación con el fenómeno que interesa predecir, la ocurrencia de actos violentos domésticos en la pareja, se construyeron tres variables de tipo numérico: Índice de Violencia en General, Índice de Violencia Únicamente Emocional e Índice de Violencia Física y Emocional Simultáneamente. Estos índices tienen como objetivo medir la presencia del tipo de violencia que especifican y además la intensidad con que ésta ocurre.

**Figura 3. Violencia doméstica hacia las mujeres, por intersección y tipo.**  
**Universo: sólo las mujeres de la muestra que reportan alguna forma de violencia**



Cabe mencionar que a pesar de que la variable construida es un índice y que su construcción tiene el objetivo de definir intensidad a partir del número de episodios de un evento, para el caso de la violencia es muy difícil justificar

a partir de cuántos eventos se puede considerar que el maltrato es alto o bajo. En este trabajo, a pesar de reconocer que es arbitrario, se ha tratado de retomar un criterio de cronicidad para definir cuál nivel del índice representa valores bajos o altos de violencia. Dicho criterio se refiere al número de episodios de maltrato que se han dado en un periodo determinado, así discrimina entre violencia crónica y violencia ocasional, asignando a la primera mayor riesgo para la salud de las mujeres (Montoya, 1998).

Con base en que las preguntas de la encuesta sobre violencia se refieren a eventos ocurridos en los últimos 12 meses, se propuso la siguiente escala: se considera un nivel de severidad bajo, y se clasifica como violencia ocasional, cuando ocurren entre uno y dos eventos cada 12 o seis meses; un nivel de severidad medio, y de aquí en adelante se clasifica como violencia crónica, si suceden de tres a cuatro episodios de maltrato cada cuatro o tres meses; un grado de severidad alta si se presentan de cinco a seis episodios. en un lapso de entre 2 meses y medio y 2 meses, , y, finalmente, se considera un nivel de severidad muy alto si ocurren siete o más episodios de violencia en un periodo menor a los 2 meses. La forma en que estos índices se distribuyen en la muestra se presenta en los cuadros 18, 19 y 20.

<b>Cuadro 18.</b> <b>Distribución de mujeres en índice de violencia general</b>		
Valores del índice	Total de la muestra	Sólo casos violencia
0	64.5	
1 a 2	22.0	61.9
3 a 4	6.7	18.9
5 a 6	4.0	11.3
7 y +	3.0	7.9
Total	100	100

<b>Cuadro 19.</b> <b>Distribución de mujeres en índice de violencia física y emocional juntas</b>		
Valores del índice	Total de la muestra	Sólo casos violencia
0	89.6	
1 a 2	1.2	12.0
3 a 4	2.5	23.4
5 a 6	3.9	37.7
7 y +	2.9	26.9
Total	100	100

<b>Cuadro 20. Distribución de mujeres en índice de violencia únicamente emocional</b>		
Valores del índice	Total de la muestra	Sólo casos violencia
0	75.1	
1 a 2	20.5	82.5
3 a 4	4.3	17.0
5 a 6	0.2	0.5
Total	100	100

### **Índice de violencia general hacia las mujeres**

Para el caso de la violencia vista en su conjunto, se puede comentar que poco más de la mitad de las mujeres de la muestra (61.9%) experimentan este tipo de violencia en intensidades bajas (columna 2 del cuadro 18), ya que reportaron entre uno y dos episodios de maltrato por parte de su pareja durante el último año. Sin embargo, un grupo importante (18.9%) viven esta forma de violencia en intensidades medias y, de modo preocupante, casi la quinta parte de las mujeres reportaron este tipo de violencia en intensidades que van de alta a muy alta (11.3 + 7.9= 19.2%), al reportar de cinco a siete eventos o más en el último año con su pareja.

### **Índice de violencia física y emocional simultáneas**

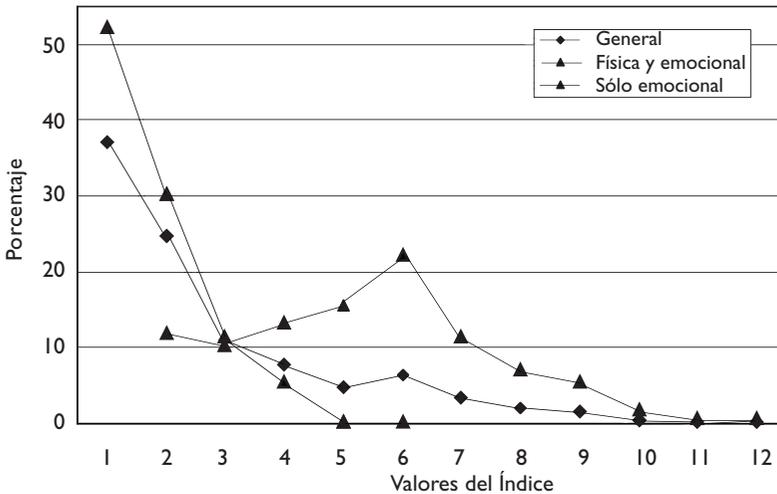
Por otra parte, al separar esta violencia en general y revisar cómo se distribuye la intensidad entre sus componentes, se encuentra que para el caso de Violencia Física y Emocional Simultáneas (cuadro 19), la mayor parte de las mujeres de esta categoría experimentan ésta entre niveles altos y muy altos. 37.7% experimenta niveles altos de violencia, pues reportan entre cinco y seis eventos de agresión por parte de su pareja en el último año. Por su parte, 26.9% experimenta niveles muy altos al reportar siete o más episodios de maltrato para el mismo periodo. Así, este último grupo merece un especial

interés para la investigación, ya que la combinación de ambas formas de violencia, sumada a la severidad que se refleja en los índices, refleja que la salud (física y mental) de estas mujeres se encuentra en serio riesgo.

### Índice de violencia únicamente emocional

Para el caso de las mujeres que experimentan Violencia Únicamente Emocional (cuadro 20), una amplia mayoría de 82.6% sufren violencia en intensidad baja. Y una parte notablemente menor del 17% experimentan niveles medios. Esto permite confirmar que las mujeres del grupo anterior (Violencia Física y Emocional Simultáneas) son quienes presentan riesgos más serios a su salud.

**Gráfico 6. Índices de violencia hacia la mujer, según tipo**



### Modelos de regresión lineal múltiple

Con el fin de evaluar la relación entre las variables anteriormente descritas y el riesgo de experimentar violencia doméstica en las mujeres, se ajustaron tres grupos de Modelos de Regresión Lineal Múltiple uno para cada tipo de violencia. En cada uno de ellos se utilizó como variable dependiente una variable numérica (índice de violencia) construida a partir de la respuesta

de las mujeres y referida a un tipo de violencia en particular (general, física y emocional simultáneas y sólo emocional).

En cada grupo de modelos se incorporan de forma sucesiva variables de control (algunas características de las mujeres, del compañero y de la unión), las variables propuestas por el trabajo de Casique (2003) para medir empoderamiento femenino (trabajo extradoméstico, poder de decisión y autonomía de la mujer), las variables de nivel individual asociadas con la violencia (maltrato en la infancia de él y ella) y, finalmente, las variables propuestas por este documento como indicadores de empoderamiento en el nivel individual (participación activa en la vida sexual, autonomía modificada) y relacional (equidad en la pareja y homogamia). Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple se presentan en los cuadros 21, 22 y 23.<sup>17</sup>

## **Violencia en general**

### *Discusión de los modelos de regresión*

En el cuadro 21 se examinan los efectos de las variables mencionadas sobre el riesgo de experimentar Violencia en General (incluye casos de violencia física, emocional y su combinación) dirigida hacia las mujeres. En primer lugar, en el modelo 1 se confirman parcialmente los resultados de Casique (2003). En su trabajo, ella reporta que al incorporar las variables de Mujer Trabaja fuera del Hogar, Índice de Poder e Índice de Autonomía de la Mujer, las primeras dos resultan significativas para el modelo y que, posteriormente, al agregar las variables “Mujer maltratada en su infancia”, “Hombre maltratado en su infancia” y “Hombre ha tenido relaciones extramaritales”, sólo estas últimas permanecen como significativas dentro del modelo, mientras que las dos primeras (“Mujer trabaja fuera del hogar” e “Índice de Poder de la mujer”) pierden significancia estadística en dicho modelo.

Para el caso del ejercicio realizado en este trabajo, en el modelo 2 resultan significativas “Índice de Poder de la mujer” e “Índice de Autonomía de la mujer”. Por su parte “Mujer trabaja fuera del hogar” no permanece

---

<sup>17</sup> En estos, los niveles de significancia para los distintos modelos se indica con asteriscos, \* = sig. al 0.10 y \*\* = sig. al 0.05.

como significativa en el modelo. Posteriormente, en el modelo 3 al incorporar los indicadores de maltrato en la infancia tanto de él como de ella y de relaciones extramaritales del varón, las tres se mantienen como significativas en el modelo. Adicionalmente, Poder y Autonomía de la mujer también permanecen dentro del modelo con los mismos niveles de significancia ( $F < 0.05$ ) observados en el modelo 3.

**Cuadro 21. Modelos de regresión lineal: violencia en general**  
variable dependiente: índice de violencia en general

	Coeficientes B				
	Mod 1	Mod 2	Mod 3	Mod 4	Mod 5
<b>VARIABLES DE CONTROL</b>					
Edad del hombre		-0.033 **	-0.028 **	-0.042 **	-0.044 **
Edad de la mujer	-0.035 **				
Años de estudio de la mujer	0.018	0.008	0.014		
Años de estudio del hombre	-0.019	-0.013	-0.010		
Años de unión	0.017	0.014	0.006	0.009	0.011
Número de hijos (de la mujer)	0.056	0.061	0.032	0.015	0.026
Unión libre	0.541 **	0.505 **	0.454 **	0.339 **	0.393 **
Metas de autosuperación del hombre	-0.210 *	-0.191 *	-0.183 *	-0.205 *	-0.199 *
Mujer responsable de los hijos (según esposo)	0.268 **	0.230 **	0.173 *	0.167 *	0.164
Hombre tuvo uniones previas	0.408 **	0.429 **	0.280	0.180	0.200
<b>VARIABLES EXPLICATIVAS</b>					
La mujer trabaja fuera del hogar		0.193	0.189	0.134	0.135
Índice de Poder de Decisión de la mujer		0.109 **	0.091 **		0.087 **
Índice de Autonomía de la mujer		-0.067 **	-0.062 **		-0.047 *
Mujer maltratada durante su infancia			0.567 **	0.536 **	0.560 **
Hombre maltratado durante su infancia			0.307 **	0.249 **	0.280 **
Hombre ha tenido relaciones extramaritales			0.753 **	0.656 **	0.654 **
Índice Participación Activa Vida Sexual				-0.265 **	-0.288 **
Índice Equidad en la pareja				-0.146 **	
Índice Movimiento Modificado				-0.004	
Diferencia en años de escolaridad				-0.009	-0.007
Diferencia en años en la edad de la pareja				0.027 **	0.027 **
La mujer recibe mayor remuneración				0.478 **	0.433 *
Constante	1.814	1.786	1.371	2.738	2.454
N	1428	1407	1390	1358	1356
F	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
R2	0.033	0.040	0.093	0.119	0.115

Por otra parte, en el caso del modelo 4 se intercambian las variables propuestas por el trabajo de Casique dirigidas a medir el poder de las mujeres (Índice de Autonomía e Índice de Poder de Decisión) por las variables modificadas sugeridas en este documento (Índice de Autonomía Modifi-

cado e Índice de Equidad en las decisiones del hogar) y, además, se agrega el indicador de participación activa en la sexualidad y los indicadores de homogamia. Como se observa en el cuadro 21, el indicador de Equidad en la pareja y de Participación activa en la sexualidad, además de dos indicadores de homogamia, permanecen como significativos en el modelo y, de forma conjunta con las variables de maltrato en la infancia, incrementan la bondad de ajuste del mismo ligeramente al pasar de una  $r^2$  de 0.093 a una de 0.119.

Finalmente, el modelo 5 se presenta con el fin de evaluar si las modificaciones sugeridas a las variables propuestas por el trabajo de Casique mejoran la capacidad predictiva de los modelos de regresión. Para ello, se quitan las variables para las que este trabajo sugiere modificaciones (Índice de autonomía Modificado y Equidad en las decisiones del hogar) y se incorporan de nueva cuenta las presentadas en el trabajo de Casique (Índice de Autonomía e Índice de Poder de la Mujer), acompañadas ahora por el índice de Participación Activa en la vida sexual y los indicadores de Homogamia.

Es de resaltar que en el modelo permanecen como significativos prácticamente los mismos indicadores del modelo anterior (con excepción de “Mujer recibe mayor remuneración” e “Índice de Autonomía de la Mujer”) y que la bondad de ajuste del mismo no reporta grandes cambios ( $r^2_{\text{modelo4}} = 0.119$  y  $r^2_{\text{modelo5}} = 0.115$ ). Aquí es necesario recordar que las modificaciones a las variables mencionadas fueron sugeridas debido a que se consideró que los indicadores originales (que reportaban altos índices de empoderamiento femenino) podrían en realidad estar captando inequidad en la relación de pareja (es decir, bajos valores de empoderamiento femenino).

Ahora bien, si el intercambio de las variables en los modelos de regresión no reportan ninguna ventaja significativa en la bondad de ajuste del modelo, se pueden plantear dos reflexiones: *a)* que las modificaciones parecen no contribuir a mejorar la capacidad predictiva de la violencia doméstica; y *b)* si tanto las variables originales como las modificadas generan modelos de regresión con la misma bondad de ajuste, probablemente, es porque están midiendo lo mismo. Desde nuestro punto de vista, este mismo fenómeno que captan ambas formas de construir los indicadores sería la inequidad en

la pareja, es decir, bajos niveles de empoderamiento femenino. De ser así, probablemente, es necesario seguir reflexionando sobre la forma como se construyen los indicadores de empoderamiento femenino.

### **Interpretación del mejor modelo de regresión**

Al ser el modelo 4 el que reporta mejor ajuste, se plantea su interpretación de la manera siguiente: el hecho de que las mujeres o los varones hayan experimentado maltrato durante su infancia, así como el que él haya tenido relaciones extramaritales, incrementan el riesgo de que las mujeres experimenten alguna forma de violencia (física o emocional). Para las parejas donde él tiene antecedentes de maltrato en la infancia, el Índice de Violencia en General será 0.249 unidades mayor en comparación con las parejas donde esto no sucede. Por su parte, antecedentes de maltrato para ella incrementarán el Índice de Violencia en General en 0.536 unidades, y en las parejas donde el varón ha tenido relaciones extramaritales el índice será mayor en 0.656 unidades.

Además, el que las mujeres tengan el contexto adecuado para participar de forma activa en su vida sexual y el que ambos miembros de la pareja tomen de forma equitativa las decisiones del hogar, tiende a disminuir el riesgo de que las mujeres sean objeto de alguna forma de violencia (física o emocional). Por cada incremento de una unidad en el Índice de Participación Activa en la Vida Sexual, el Índice de Violencia en General disminuirá en 0.265 unidades. Asimismo, por cada aumento de una unidad en el Índice de Equidad de la Pareja, el Índice de Violencia en General disminuirá en 0.146 unidades.

En relación con el efecto de la diferencia en la edad y la remuneración salarial, se observa que en las parejas donde él es mayor que ella y también en aquellas donde ella recibe mayor remuneración que él, el riesgo de que las mujeres sean objeto de alguna forma de violencia doméstica también se incrementa. Así, por cada año que él sea mayor que ella el índice de violencia en General se incrementará en 0.027 unidades. Por su parte, para las parejas donde ella gana más que él el Índice de violencia en General será 0.478 unidades mayor en comparación con las parejas donde esto no sucede. En el caso de las variables Índice de Movimiento modificado y Diferencia en años de escolaridad, ninguna de las dos reveló una relación significativa con la violencia en general.

## Violencia física y emocional simultáneamente

### *Discusión de los modelos de regresión*

En el cuadro 22 se examinan los efectos de las mismas variables del cuadro 21, sólo que esta vez evaluadas en relación con el riesgo de experimentar Violencia Física y Emocional dirigida hacia las mujeres, en forma simultánea.

La primera diferencia de interés tiene que ver con que la bondad de ajuste de los modelos para esta forma de violencia disminuye en comparación con la Violencia en General ( $r^2_{\text{cuadro 29 y modelo 4}} = 0.119$ ,  $r^2_{\text{cuadro 30 y modelo 4}} = 0.092$ ). Esto puede explicarse, por un lado, debido a que, de hecho, las mujeres que experimentan violencia física y emocional de forma simultánea son un subconjunto de las que sufren violencia en general; pero también revela información sobre que los factores determinantes de una y otra forma de violencia pueden ser diferentes y, por tanto, el grado de ajuste de los modelos propuestos cambia.

La segunda diferencia importante entre los modelos propuestos para la Violencia en General (cuadro 21) y la Violencia Física y Emocional Simultáneas se observa hasta el modelo 3 del cuadro 22. En éste, la variable Poder de Decisión ya sólo resulta significativa al 90% y, por tanto, sale del modelo. A su vez, en el modelo 4, en el que se introducen las variables propuestas por este documento (Participación en la vida Sexual, Índice de Autonomía Modificado, Equidad en la pareja y Homogamia), destaca que únicamente permanecen como significativas “Participación Activa en la vida Sexual” y “Equidad en la pareja”, junto con los indicadores de maltrato en la infancia para ambos miembros y el indicador de relaciones extramaritales del hombre.

Estas diferencias son importantes porque permiten pensar en que los factores asociados con las mujeres que experimentan Violencia Física y Emocional de forma simultánea pueden ser diferentes de aquellas que viven cualquier tipo de Violencia en General. Concretamente, para el caso de las primeras, parece que las diferencias en edad e ingreso ya no son factores explicativos. Como se puede ver en el cuadro 22 (Violencia Física y Emocional Simultáneas), desaparece el papel significativo de los indicadores de Homogamia (“Diferencia en la edad” y “La mujer recibe mayor remuneración”) que sí estaba presente en el caso de la Violencia en general (ver cuadro 21).

**Cuadro 22. Modelos de regresión lineal: violencia física y emocional variable dependiente: índice de violencia física y emocional simultáneas**

VARIABLES DE CONTROL	Coeficientes B				
	Mod 1	Mod 2	Mod 3	Mod 4	Mod 5
Edad del hombre		-0.015	-0.014	-0.025 **	-0.025 **
Edad de la mujer	-0.023 **				
Años de estudio de la mujer	0.015	0.017	0.023		
Años de estudio del hombre	-0.024 *	-0.020	-0.019		
Años de unión	0.008	0.002	-0.002	0.000	0.001
Número de hijos (de la mujer)	0.032	0.035	0.012	-0.006	0.002
Unión libre	0.435 **	0.407 **	0.336 **	0.223	0.263
Metas de autosuperación del hombre	-0.131	-0.104	-0.089	-0.105	-0.100
Mujer responsable de los hijos	0.159	0.120	0.082	0.071	0.069
Hombre tuvo uniones previas	0.240	0.189	0.167	0.056	0.073
<b>VARIABLES EXPLICATIVAS</b>					
La mujer trabaja fuera del hogar		-0.007	-0.002	-0.003	-0.002
Índice de Poder de Decisión de la mujer		0.067 **	0.054 *		0.048
Índice de Autonomía de la mujer		-0.059 **	-0.055 **		-0.042
Mujer maltratada durante su infancia			0.480 **	0.434 **	0.457 **
Hombre maltratado durante su infancia			0.286 **	0.209 **	0.236 **
Hombre ha tenido relaciones extramaritales			0.658 **	0.574 **	0.571 **
Índice Participación Activa Vida Sexual				-0.285 **	-0.300 **
Índice de Equidad en la Pareja				-0.120 **	
Índice Movimiento Modificado				-0.005	
Diferencia en años de escolaridad				-0.018	-0.017
Diferencia en años en la edad de la pareja				0.020	0.019
La mujer recibe mayor remuneración				0.325	0.304
Constante	1.221	1.057	0.771	1.981	1.797
N	1431	1410	1393	1361	1359
F	0.001	0.005	0.000	0.000	0.000
R2	0.020	0.020	0.066	0.092	0.086

Finalmente, en el modelo 5 se realiza el mismo ejercicio de sustitución del cuadro 21, en éste se observa que de nueva cuenta el cambio en la bondad de ajuste del modelo es mínimo ( $r^2_{\text{cuadro 30 y modelo 4}} = 0.092$  y  $r^2_{\text{cuadro 30 y modelo 5}} = 0.086$ ) y menos variables resultan significativas. “Índice de Poder” no permanece en el modelo 5, a diferencia de su versión modificada “Índice de Equidad en la Pareja” que sí se mantiene en el modelo 4.

### **Interpretación del mejor modelo de regresión (modelo 4)**

De forma semejante a la Violencia en General, en el caso de las mujeres que experimentan Violencia Física y Emocional simultáneamente, el riesgo de que ésta se presente se incrementa cuando ambos miembros cuentan con antecedentes de maltrato en la infancia, por un lado y, por otro, cuando el hombre ha tenido relaciones extramaritales. Asimismo, el que las mujeres participen de forma activa en su vida sexual y que las decisiones relacionadas con el hogar se tomen de forma conjunta, tiende a disminuir el riesgo de esta forma de violencia. Finalmente, la libertad de movimiento y el grado de semejanza entre la pareja en aspectos de escolaridad, edad e ingreso, no revelaron ninguna relación significativa con tipo de maltrato.

### **Violencia únicamente emocional**

#### *Discusión de los modelos de regresión*

En el cuadro 23, se examinan los efectos de las variables mencionadas en los cuadros 21 y 22; pero ahora evaluadas en relación con mujeres que viven Violencia Únicamente Emocional. De nueva cuenta destaca el descenso en la bondad de ajuste de los modelos, esta vez drástico, ya que el mejor de ellos sólo reporta una capacidad explicativa de 3% ( $r^2_{\text{cuadro 31 y modelo 5}} = 0.034$ ). Esto contribuye a reafirmar la idea de que las mujeres que experimentan esta forma de violencia pueden ser también un grupo distinto en relación con los dos anteriores (“Violencia en general” y “Física y emocional simultáneas”).

Asimismo, para este caso las únicas variables que permanecen como significativas en el mejor modelo (modelo 5 de cuadro 22) son “Mujer trabaja fuera del hogar” e “Índice de Poder de Decisión”, ninguna otra presente en el modelo refleja una relación fuerte con la Violencia Únicamente Emocional. Este resultado es muy interesante por dos razones: por una parte, sugiere que el maltrato en la infancia para ambos miembros de la pareja –variable que había mantenido una constante y significativa relación con la Violencia General hacia las mujeres, tanto en este trabajo como en otros (Casique, 2003; García y Oliveira, 2000)– no juega un papel importante en el caso de las mujeres que experimentan violencia únicamente emocional; por el contrario, para este grupo de mujeres los indicadores que reflejan

relación con el riesgo de violencia son aquellos relacionados con el conflicto en las relaciones de poder entre los miembros de la pareja. Por otra parte, la reducción tan drástica en la bondad de ajuste de los modelos para este tipo de violencia invita a pensar que sus factores determinantes guardan poca relación con los marcos teóricos disponibles hasta el momento. Es decir, al parecer los antecedentes de maltrato familiar no se relacionan con esta forma de violencia; asimismo, los diversos indicadores de inequidad de género tienen un escaso poder explicativo para el grupo de mujeres que experimentan este tipo de maltrato en particular. Lo anterior invita a reflexionar sobre el hecho de que los indicadores de interés para esta forma de violencia aún tienen que ser ubicados en la literatura o el trabajo de campo para después buscar verificarse en modelos estadísticos.

### **Interpretación del mejor modelo**

En relación con la interpretación (modelo 5, cuadro 23), se puede plantear que para el caso de las mujeres que experimentan Violencia Únicamente Emocional, el hecho de que ellas trabajen fuera de casa y tomen la mayor parte de las decisiones que tienen que ver con el hogar, incrementa el riesgo de violencia por parte del compañero. En parejas donde las mujeres trabajen fuera de casa, el valor de este Índice de Violencia será mayor en 0.136 unidades en comparación con aquellas parejas donde esto no sucede. Para el caso del Índice de Poder de Decisión (Casique, 2003), por cada incremento de una unidad, el Índice de Violencia Únicamente Emocional tendrá un incremento en 0.040 unidades.

### **Resumen de los modelos y apuntes para reflexiones finales**

Finalmente, en el cuadro 24 se presenta el modelo que reporta el mejor ajuste en el trabajo de Casique (2003), y los tres mejores modelos encontrados en esta investigación para cada forma de violencia. A partir de la lectura de este cuadro, se pueden hacer comentarios en dos sentidos: *i)* sobre la aportación de los indicadores introducidos por este estudio y *ii)* sobre el hallazgo de que las distintas formas de violencia pueden estar asociadas a subpoblaciones de mujeres muy distintas entre sí (debido los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestas).

**Cuadro 23. Modelos de regresión lineal: violencia únicamente emocional variable dependiente: índice de violencia únicamente emocional**

	Coeficientes B				
	Mod 1	Mod 2	Mod 3	Mod 4	Mod 5
<b>VARIABLES DE CONTROL</b>					
Edad del hombre		-0.018 **	-0.013 **	-0.017 **	-0.018 **
Edad de la mujer	-0.012 **				
Años de estudio de la mujer	0.003	-0.009	-0.009		
Años de estudio del hombre	0.006	0.007	0.008		
Años de unión	0.009 *	0.012 **	0.008	0.010 *	0.010 *
Número de hijos (de la mujer)	0.024	0.025	0.020	0.020	0.024
Unión libre	0.106	0.099	0.121	0.120	0.132
Metas de autosuperación del hombre	-0.077	-0.085	-0.094 *	-0.099 *	-0.099 *
Mujer responsable de los hijos (según esposo)	0.111 **	0.111 **	0.095 *	0.098 **	0.099 **
Hombre tuvo uniones previas	0.170 *	0.242 **	0.114	0.125	0.127
<b>VARIABLES EXPLICATIVAS</b>					
La mujer trabaja fuera del hogar		0.196 **	0.187 **	0.137 **	0.136 **
Índice de Poder de Decisión de la mujer		0.043 **	0.038 **		0.040 **
Índice de Autonomía de la mujer		-0.007	-0.007		-0.004
Mujer maltratada durante su infancia			0.082	0.096 *	0.099 *
Hombre maltratado durante su infancia			0.019	0.039	0.042
Hombre ha tenido relaciones extramaritales			0.095 *	0.083	0.083
Índice Participación Activa Vida Sexual				0.019	0.011
Índice de Equidad en la Pareja				-0.025	
Índice Movimiento Modificado				0.002	
Diferencia en años de escolaridad				0.009	0.010
Diferencia en años en la edad de la pareja				0.007	0.008
La mujer recibe mayor remuneración				0.138	0.112
Constante	0.597	0.725	0.595	0.758	0.648
N	1431	1410	1393	1361	1359
F	0.017	0.000	0.000	0.001	0.000
R2	0.014	0.032	0.030	0.030	0.034

*Aportaciones de los indicadores propuestos por este estudio*

En el cuadro 24, los modelos 1 y 2 representan, respectivamente, las variables propuestas por Casique (2003) y las sugeridas por esta investigación. La ligera mejora en el ajuste del segundo modelo ( $r^2_{\text{cuadro 32 y modelo 1}} = 0.093$  y  $r^2_{\text{cuadro 32 y modelo 2}} = 0.119$ ), permitiría plantear que algunas de las variables propuestas en este estudio sí contribuyen de forma estadísticamente significativa a la explicación de la Violencia Doméstica en General (modelo 2 del cuadro 24). Esto es, en el caso del “Índice de participación activa de la mujer

en su vida sexual” y los indicadores de Homogamia referidos a la edad y el ingreso. Por otra parte, la modificación sugerida en relación con el “Índice de Equidad en la pareja” no evidenció cambios significativos en comparación con su variable original “Índice de Poder de la mujer”.

**Cuadro 24. Modelos de regresión lineal:  
tres tipos de violencia variables dependientes:  
índices de violencia en general, física y emocional  
simultáneas y únicamente emocional**

	Coeficientes B			
	Mod 1 General	Mod 2 General	Mod 3 Física y Emocional	Mod 4 Emocional únicamente
<b>VARIABLES DE CONTROL</b>				
Edad del hombre	-0.028 **	-0.042 **	-0.025 **	-0.018 **
Edad de la mujer				
Años de estudio de la mujer	0.014			
Años de estudio del hombre	-0.010			
Años de unión	0.006	0.009	0.000	0.010 *
Número de hijos (de la mujer)	0.032	0.015	-0.006	0.024
Unión libre	0.454 **	0.339 **	0.223	0.132
Metas de autosuperación del hombre	-0.183 *	-0.205 *	-0.105	-0.099 *
Mujer responsable de los hijos (según esposo)	0.173 *	0.167 *	0.071	0.099 **
Hombre tuvo uniones previas	0.280	0.180	0.056	0.127
<b>VARIABLES EXPLICATIVAS</b>				
La mujer trabaja fuera del hogar	0.189	0.134	-0.003	0.136 **
Índice de Poder de Decisión de la mujer	0.091 **			0.040 **
Índice de Autonomía de la mujer	-0.062 **			-0.004
Mujer maltratada durante su infancia	0.567 **	0.536 **	0.434 **	0.099 *
Hombre maltratado durante su infancia	0.307 **	0.249 **	0.209 **	0.042
Hombre ha tenido relaciones extramaritales	0.753 **	0.656 **	0.574 **	0.083
Índice Participación Activa Vida Sexual		-0.265 **	-0.285 **	0.011
Índice Equidad en la pareja		-0.146 **	-0.120 **	
Índice Movimiento Modificado		-0.004	-0.005	
Diferencia en años de escolaridad		-0.009	-0.018	0.010
Diferencia en años en la edad de la pareja		0.027 **	0.020	0.008
La mujer recibe mayor remuneración		0.478 **	0.325	0.112
Constante	1.371	2.738	1.981	0.648
N	1390	1358	1361	1359
F	0.000	0.000	0.000	0.000
R2	0.093	0.119	0.092	0.034

Lo anterior es importante porque permite plantear de forma tentativa lo siguiente: las variables de antecedentes familiares (maltrato en la infancia de él y de ella) tienen un importante valor explicativo; sin embargo, este valor tiende a mejorar cuando el modelo se acompaña de variables que captan mejor los niveles de empoderamiento femenino en el nivel individual y

relacional. En otras palabras, al parecer los antecedentes de maltrato en la infancia —únicas variables que hasta ahora habían reportado evidencia de una relación estadísticamente significativa con la violencia doméstica— no explican por sí mismos el riesgo de violencia en general, sino que es su presencia combinada con situaciones de inequidad en las relaciones de pareja lo que en conjunto incrementan la capacidad explicativa del modelo.

### *Hallazgo sobre distintas formas de violencia*

Como ya se comentó, los modelos de regresión permiten proponer una segunda hipótesis en el sentido de que las mujeres que experimentan los distintos tipos de violencia mencionadas pueden pertenecer a subpoblaciones muy diferentes entre sí. Cuando se pasa de la Violencia en General (modelo 2, cuadro 24) a alguna de sus formas específicas (modelos 3 y 4, cuadro 24), no sólo desciende la bondad de ajuste del modelo, sino que las variables que se mantienen como significativas cambian de manera importante en cada tipo de violencia.

Para el caso de las mujeres que viven Violencia Física y Emocional simultáneamente, la combinación entre los indicadores de maltrato en la infancia y los de inequidad en la pareja reduce su capacidad explicativa ( $r^2_{\text{cuadro 32 y modelo 2}} = 0.119$  y  $r^2_{\text{cuadro 32 y modelo 3}} = 0.092$ , y para el caso del segundo tipo de indicadores ya sólo se ajusta a las variables referidas a la “participación activa en la sexualidad” y “equidad en la pareja”. Esta misma situación se repite para el caso de las mujeres que viven Violencia Únicamente Emocional, de hecho, desaparece el efecto explicativo de la combinación entre las variables de antecedentes familiares y los indicadores de empoderamiento femenino, y sólo dos de estos últimos (“Mujer trabaja fuera del hogar” y “Poder de decisión de la mujer”) permanecen como variables explicativas de este tipo de violencia.

Lo anterior podría ser resultado de que los factores de riesgo a los que se encuentran expuestas las mujeres son diferentes para uno y otro grupo. Por ejemplo, los niveles de prevalencia sobre maltrato en la infancia y de inequidad en la relación de pareja podrían ser menores para las mujeres que experimentan violencia únicamente emocional, pero también es posible que estos indicadores mantengan los mismos niveles y que por su interac-

ción con otras variables (no conocidas por ahora) no dan como resultado un incremento en el riesgo de experimentar violencia. Ambas situaciones quedarán pendientes de explorar en trabajos posteriores.

## REFLEXIONES FINALES

Durante su realización este estudio fue guiado por tres inquietudes: la primera, identificar los consensos alcanzados y las preguntas pendientes en la investigación sobre violencia doméstica y, a partir de ello, realizar un ejercicio que permitiera proponer aportaciones sobre las cuestiones que aún están pendientes de resolver en este campo. La segunda, proponer respuestas tentativas al debate reciente aparecido en socio-demografía<sup>18</sup> sobre el hallazgo de resultados contradictorios al encontrar mujeres que de forma simultánea experimentan altos niveles de empoderamiento y altos niveles de violencia doméstica.<sup>19</sup> Finalmente, en tercer lugar, como un resultado indirecto de este ejercicio de investigación, se esperaba generar herramientas que, retomadas en posteriores trabajos, sugirieran líneas de acción en materia de políticas públicas dirigidas a reducir la violencia doméstica contra las mujeres.

### **Consensos alcanzados y preguntas pendientes: aportaciones sobre las causas de la violencia**

En relación con la primera inquietud, a partir de la revisión de la literatura este documento ha encontrado que en la investigación sobre violencia

<sup>18</sup> Debate recientemente acentuado con los resultados de las dos encuestas nacionales sobre violencia hacia la mujer realizadas en México (Envius 2003 y Endireh 2003). En ellas, se ha encontrado también que las mujeres que reportan mayores niveles de violencia tienen también niveles altos de escolaridad e ingreso.

<sup>19</sup> Vale la pena considerar una hipótesis alternativa, según la cual, al tratarse de mujeres con más estudios y recursos económicos, éstas se sentirían con mayor derecho a denunciar la violencia, *versus* aquellas mujeres con menos estudios e ingresos, que denunciarían en menor medida; pero sufriendo igual o mayor violencia. Dicha hipótesis, si bien es plausible, está acotada por el mismo diseño de la encuesta. La Ensa-re 98 busca documentar la violencia doméstica hacia las mujeres a través de preguntas sobre la presencia o ausencia de conductas específicas (¿Durante los últimos 12 meses su pareja... le ha gritado?... ¿la ha ofendido o humillado...?, ¿la ha amenazado...?, ¿la ha empujado o dado una bofetada?, etc.), sin nombrarlas específicamente como actos de violencia. De tal forma, la disposición para denunciar juega un papel menos preponderante, porque se ubica a la entrevistada en la ausencia o presencia de un número amplio de eventos, y no en la evaluación general, acerca de si su pareja es violenta con ella.

doméstica hacia las mujeres existe un cierto nivel de consenso en aspectos como la definición del fenómeno, sus principales características, su magnitud y su impacto. Sin embargo, cuando se intenta explicar cuáles son las causas de la violencia hacia las mujeres este consenso no se mantiene.

Por un lado, dada la gravedad y relevancia del tema, existen en realidad pocas aproximaciones que puedan agruparse bajo el nombre de “modelos teóricos”.<sup>20</sup> Por otro lado, una parte importante de la investigación empírica realizada en el campo carece de un marco conceptual sólido, lo cual ha llevado a la investigación en el tema a una especie de *impasse* (Castro, 2004), a pesar de que aún están pendientes muchas preguntas por responder.

Finalmente, dos estudios recientes realizados en México (Casique, 2003 y García y Oliveira, 2000) encontraron que después de probar una serie de indicadores de empoderamiento de las mujeres estos no demostraron ninguna relación estadísticamente significativa con la violencia doméstica, y las únicas variables que se mantuvieron como significativas en el modelo fueron las relacionadas con antecedentes de maltrato en la infancia. Como se mencionó, el que las variables microsociales encuentren un peso estadístico pequeño en comparación con las estrictamente individuales se considera problemático, en tanto que puede contribuir a ubicar de nueva cuenta a la violencia hacia las mujeres como un problema individual y no un problema social.

En este contexto, el presente documento propuso una definición operativa de la noción de sistema de sexo/género<sup>21</sup> de la cual se desprenden indicadores de empoderamiento femenino en los niveles relacional e individual. Un hallazgo importante es que se encuentra que éstos tienen una relación estadísticamente significativa con dos tipos diferentes de violencia hacia las mujeres. Es decir, los resultados dieron evidencia empírica para respaldar la propuesta conceptual que propone que las causas de la violencia hacia las mujeres se encuentran relacionadas con la inequidad de género. Por otra

<sup>20</sup> Este trabajo sólo encontró tres: modelo médico, modelo sociológico-psicosocial y modelo ecológico.

<sup>21</sup> Elaborada a partir de tres elementos: la discusión sobre el poder que propone la teoría feminista, el modelo ecológico, aplicado a la violencia hacia la mujer por Heise (1999) y Corsi (1994), y los recientes avances en el campo de la sociodemografía en el desarrollo de indicadores sobre la posición de la mujer.

parte, los resultados permiten apuntar que el riesgo de experimentar violencia se incrementa cuando dicha inequidad coexiste con antecedentes de maltrato en la infancia.

### **Empoderamiento femenino e incremento en el riesgo de experimentar violencia: una explicación alternativa**

En relación con la contradicción que implica el hallazgo de mujeres que simultáneamente experimentan altos niveles de empoderamiento y altos niveles de violencia doméstica, este documento recupera la argumentación propuesta por García y Oliveira (2000) y Casique (2003), y encuentra evidencia empírica para complementarla.

Por un lado, confirma que el empoderamiento femenino puede implicar una ruptura con los roles tradicionales e incrementar así el riesgo de violencia hacia las mujeres (García y Oliveira, 2000 y Casique, 2003). Por otro lado, encuentra también que algunos de los indicadores dirigidos a medir empoderamiento femenino pueden estar captando en realidad subordinación de las mujeres (el caso concreto de “Poder de Decisión de la mujer”). Es decir, el que las mujeres trabajen fuera del hogar o que éstas tomen un número importante de decisiones no necesariamente implica un cuestionamiento a las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres (es decir, no necesariamente implica empoderamiento femenino). Sino que esto puede depender de otros factores, tales como el tipo de decisiones que las mujeres toman, quién aporta mayor dinero al hogar, qué significado tiene el trabajo para las mujeres, etcétera.

*Así, una explicación alternativa sobre la existencia de mujeres con altos niveles de empoderamiento y altos niveles de violencia es que posiblemente esos altos niveles de empoderamiento son en realidad altos niveles de inequidad de género, lo cual resultaría congruente con el incremento en los niveles de violencia.*

Esto por supuesto tendrá que ser explorado en ulteriores investigaciones; sin embargo, una propuesta que puede sugerirse con el fin de facilitar la operacionalización de los indicadores de empoderamiento de las mujeres, es adoptar la definición de Sharma (1991-1992), y distinguir entre la definición de empoderamiento que propone el activismo feminista – “[...] una gama de actividades que van desde la autoafirmación individual hasta

la resistencia colectiva, la protesta y la movilización para desafiar las relaciones de poder [...] un proceso orientado a cambiar la naturaleza y la dirección de las fuerzas sistémicas, que marginan a las mujeres y a otros sectores en desventajas en un contexto dado” –, para llegar a una definición que necesariamente debe contener una propuesta de carácter más analítico y preferentemente construida desde un espacio de reflexión como es el académico.

Es claro que elaborar dicha definición rebasa los objetivos de este trabajo y debe ser objeto de una revisión más amplia, tanto de la literatura como de los trabajos empíricos relacionados con el tema. Si bien, este documento propone que dicha definición debe incluir tres elementos centrales:

1. *Una caracterización del sistema de sexo-género vigente en el contexto social*<sup>22</sup> que interesa analizar: en la medida que el sistema de sexo-género define las prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores “adecuados” para mujeres y hombres de un contexto social dado, contar con una caracterización previa –por mínima que ésta sea– funcionará como punto de referencia para saber el grado en que las mujeres de ese espacio social en específico se apegan o distancian de lo que marcan los dictados del sistema.
2. *Precisión sobre el nivel de análisis y la unidad de estudio desde la cual se pretende abordar el concepto*: un punto de partida obligado es reconocer que el empoderamiento tiene diversas facetas o componentes (Rowlands, 1997; Stromquist, 1997; García, 2003) y en esa medida, es necesario tener claridad sobre el nivel de la realidad en que se ubica el componente de interés, así como la unidad de estudio desde la que es susceptible observarlo. Esto puede ayudar por un lado a evitar los solapamientos conceptuales –como sucedió en buena medida con los conceptos de autonomía y empoderamiento– y, por otro, ir trazando gradualmente una matriz sobre los avances de la investigación en el campo, que indique con claridad los espacios que se van cubriendo y los que aún están pendientes.

---

<sup>22</sup> Situado espacial, histórica, etnográfica y socioeconómicamente.

3. *Diseñar indicadores con capacidad para captar los aspectos complejos y dinámicos del empoderamiento*: tanto la literatura revisada como algunos de los resultados encontrados por este documento, indican que las mujeres no reportan avances homogéneos en las diferentes dimensiones del empoderamiento. Una misma mujer o grupo de mujeres puede tener niveles altos de empoderamiento en una dimensión y niveles bajos en otra. Por otra parte, los avances en cada dimensión no son lineales, existen avances, retrocesos, permanencias, saltos, etcétera. Desarrollar una definición en el campo académico que capte estos aspectos complejos y dinámicos del empoderamiento es, entonces, una tarea necesaria.

### **El siguiente paso: afinar las políticas públicas de prevención/intervención en materia de violencia hacia las mujeres**

Finalmente, insistir en la claridad conceptual en el tema de la violencia doméstica hacia las mujeres (es decir, en la pertinencia de las teorías que la explican y la congruencia en las variables estadísticamente significativas que encuentra la investigación empírica), tiene relevancia por un objetivo muy específico. De la forma en que se explique y las hipótesis que se tengan sobre las causas de esta violencia, dependerán las políticas públicas que se establecen para atenderla.

Dichas políticas, si bien en fecha reciente han recibido un impulso muy importante,<sup>23</sup> aún dirigen la mayor parte de sus esfuerzos hacia abatir la violencia mediante servicios concentrados en el nivel individual (para las mujeres, terapia psicológica, asesoría legal, atención médica, etc.; y para los varones, grupos de aprendizaje en el manejo del enojo, etc.). Si bien es muy importante la ayuda de este tipo, si bien son muy importantes, se pone de manifiesto que el problema de la violencia hacia las mujeres aún sigue concibiéndose como un asunto de dos individuos, originado en desajustes

<sup>23</sup> Sólo por citar algunos ejemplos: el diseño de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 sobre “Atención Médica de la Violencia Familiar”, el lanzamiento del Programa Nacional por una vida sin Violencia en 2000, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006. Y las dos encuestas Nacionales sobre violencia hacia la mujer Enviais (Encuesta Nacional de Violencia de Pareja en Usuaris de Servicios Públicos de Salud en México, 2003) y Endireh (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003).

de orden psicológico/emocional, y cuya solución pasa por reestablecer o proponer formas de interacción menos “conflictivas” entre los miembros de la pareja.

A partir de la evidencia hallada en esta investigación, se puede proponer que las desigualdades en las relaciones de poder originadas por el sistema de sexo/género tiene una relación directa y estadísticamente significativa con la violencia hacia las mujeres. Esto permitiría proponer que además de los servicios dirigidos a las mujeres que ya experimentan situaciones de violencia –servicios, por otra parte, vitales e irrenunciables–, es necesario incorporar estrategias de prevención dirigidas a abatir las inequidades de género, ya que como se encontró en este trabajo dichas inequidades forman parte de algunas de las principales razones de la violencia hacia las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ariza, Marina y Oliveira, Orlandina (1996). Propuesta de un marco analítico general de las inequidades de género y clase. En: *La condición femenina: una propuesta de indicadores*. Informe final (vol. I). México: Somete/Conapo.
- Ashford, Lori S. (2001) New Population Policies: Advancing Women’s Health and Rights. En: *Population Bulletin* (1, marzo 2001, 44 p.).
- Bandura, Albert (1979). The Social Learning Perspective: Mechanism of Agresión. En: *Psychology of Crime and Criminal Justice* (pp. 298-336).
- Batliwala, Srilatha (1997). El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En: *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 187-211). Bogota: Tercer Mundo Editores.
- Berkowitz, Leonard (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Bilbao: Biblioteca de Psicología.
- Bronfenbrenner, Uri (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Caesar P. (1988). Exposure to Violence in the Families of Origin among Wife Abusers and Maritally Nonviolent Men. En: *Violence and Victims* (vol. 3, pp. 49-63).
- Candelas, Antonio (2004). *Empoderamiento femenino y violencia doméstica hacia la mujer: una relación por explorar a través del sistema de sexo/género*. Tesis Maestría. El Colegio de la Frontera Norte.

- Casique, Irene (2001). *Power, Autonomy and Division of Labor in Mexican Dual Earner Families*. Lanham: University Press of America.
- \_\_\_\_\_ (2003). Trabajo femenino, empoderamiento y bienestar de la familia. En: *Nuevas formas de familia: perspectivas nacionales e internacionales* (pp. 271-299). UNICEF.
- Castro, Roberto (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas: tres estudios sociológicos*. Cuernavaca, Morelos: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).
- Castro, Roberto y Bronfman, Mario (1998). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En: *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 205-238). El Colegio de México.
- Castro, Roberto y Riquer, Florinda (2002). Un marco conceptual para la captación de estadísticas sobre violencia contra las mujeres: la violencia de pareja. Presentado en: *III Encuentro Internacional de Estadísticas con Enfoque de Género*. INEGI.
- \_\_\_\_\_ (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. En: *Caerno Saúde Pública* (vol. 19, núm.1, pp.135-146).
- Corsi, Jorge (1994). *Violencia intrafamiliar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- De Barbieri, Teresita (1992). Sobre la categoría de género. En *Revista Interamericana de Sociología*, segunda época, año VI, núm. 5, 2-3, México, mayo-diciembre.
- Dutton, Donald y Golant, Susan (1995). *The batterer: a Psychological Profile*. Nueva York: Basic Books.
- Ferreira, Graciela (1992). *Hombres violentos-mujeres maltratadas. Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social*. Buenos Aires: Sudamericana.
- García, Brígida (2003). Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. En: *Estudios demográficos y urbanos* (vol. 18, núm. 2, pp. 221-253).
- García, Brígida y Oliveira, Orlandina (2000). La dinámica familiar en la Ciudad de México y Monterrey. En: *Informe final del proyecto Reestructuración Económica, Trabajo, Familiar y Género en México*. México: El Colegio de México.

- \_\_\_\_\_ (2004). Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada. En: *Estudios demográficos y urbanos* 55 (vol. 19, núm. 1, pp. 145-180).
- Guerrero, Elizabeth (2002). Violencia contra las mujeres en América Latina. Santiago de Chile: ISIS.
- Gelles, Richard (1974). *The Violent Home: a Study of Physical Agresion between Husbands and Wives*. CA: Sage.
- Hamberger, Kevin y Hastings, James (1991). Personally Correlates of Men Who Batter and Nonviolent men: Some Continuities and Discontinuities. En: *Journal of Family Violence* (vol. 6, pp.131-148).
- \_\_\_\_\_ (1986). Personally Correlates of Men who Abuse their Partners: a Cross-Validation Study. En: *Journal of Family Violence* (vol. 1, pp. 323-341).
- \_\_\_\_\_ (1988). Personally Characteristics of Spouse Abusers: a Controlled Comparison. En: *Violence and Victims* (vol. 3, pp. 31-48).
- Heise, Lori (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. En: *Violence Against Women* (vol. 4, núm. 3, pp. 262-290).
- Heise, Lori, Pitanguy, Jacquelin y Germain, Adrienne (1994). *Violence Against Women: the Hidden Health Burden*. Washington, DC: The World Bank.
- IMSS (1999). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva en Derechohabientes del IMSS*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil.
- Jacobson, Neil, Gottman, John y Shortt, Joan (1995). The Distinction Between Type 1 and Type 2 Batterers-Further Considerations. En: *Journal of Family Psychology* (vol. 9, pp. 272-279).
- Jejeebhoy, Shireen (2001). Women's Autonomy and Reproductive Behaviour in India. En: *Fertility in Transition in South Asia* (pp. 221-241). Oxford University Press.
- Kaaber, Naila (1998). El empoderamiento desde abajo: lecciones de las bases populares. En: *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo* (cap. 9, pp. 205-238).
- Lamaí, Martha (1996). La antropología feminista y la categoría de género. En: *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, UNAM, Porrúa. México.
- León, Magdalena (1997). El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. En: *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogota: Tercer Mundo Editores.

- Molineux, Maxine (1985). Mobilization Without Emancipation? Womens Interests, the State and Revolution in Nicaragua Nicaragua. En: *Feminist Studies* (núm. 11, p. 2.)
- Montoya, Osvaldo (1998). *Nadando contra la corriente. Buscando pistas para prevenir la violencia masculina en las relaciones de pareja*. Nicaragua: Puntos de Encuentro.
- Oliveira, Orlandina y Ariza, Marina (1999). Un recorrido por los estudios de género en México: consideraciones sobre áreas prioritarias. Trabajo presentado en la *Reunión sobre Áreas Prioritarias de Investigación desde una Perspectiva de Género*, International Development Research Center (IDRC), Uruguay.
- Oliveira, Orlandina, Eternod, Marcela y López, María (1999). Familia y género en el análisis sociodemográfico. En: *Mujer, Género y Población en México* (pp. 211-271).
- Pendzik, Susana *et al.* (1990). *Manual de técnicas de apoyo para el trabajo con mujeres maltratadas*. Colectivo feminista de Jalapa, A.C.
- Ramírez, Antonio (2000). *Violencia masculina en el hogar*. México: Editorial Pax.
- Rowlands, Jo (1997). Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: un modelo para el desarrollo. En: León, Magdalena (Comp.). *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 213-245). Bogota: Tercer Mundo Editores. .
- Rubin, Gayle (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la *economía política* del sexo. En: *Nueva Antropología* (vol. 8. núm. 30, pp. 95-146).
- Saunders, Daniel (1992). A Typology of Men who Batter: Three Types Derived from Cluster Analysis. En *American Journal of Orthopsychiatry* (núm. 62, pp. 264-275).
- Sen, Gita y Grown, Caren (1985). *Development Alternatives with Women for a New Era: Development Crises and Alternative Visions*. Londres: Earthscan.
- Sharma, Kumud (1991-1992). Grassroots Organizations and Women's Empowerment: Some Issues in the Contemporary Debate. En: *Samya Shakty* (vol. 6, pp. 28-43).
- Schuler, Sideney, Hashemi, Syed y Badal, Shamsui (1998). Men's Violence against Women in Bangladesh: Undermined or Exacerbated by Microcredit Programmes. En: *Development in Practice* (vol. 8, núm. 2. pp., 148-157).
- Soto, Carolina (2003). *La mujer en la estructura patriarcal*. Tesis Maestría, Universidad Autónoma de Barcelona. Documento mimeografiado.
- Stromquist, Nelly (1997). La búsqueda del empoderamiento: en qué puede contribuir al campo de la educación. En: *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogota: Tercer Mundo Editores.

- Traverso, María Teresa (2000). *La cara oculta de la relación*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Vander, James (1986). *Manual de psicología social*. Buenos Aires: Paidós.
- Venguer, Teresa; Fawcett, Gillian; Vernon, Ricardo y Pick, Susan (1998). *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. Population Council.
- Wieringa, Saskia (1999). *Women's Empowerment in Japan: Towards an Alternative Index on Gender Equality*. *Journal Gender Studies* 2 (pp. 25-47).
- Young, Kate (1988). *Gender in Development: a Relational Approach*. Oxford: University Press.
- Young, Gay; Fort, Lucia y Danner, Mona (1994). Moving from "The Status of Women" to "Gender Inequality": Conceptualisation, Social Indicators and an Empirical Application. En: *International Sociology* (vol. 9, núm. 1, pp. 55-85).

## ANEXO 1

**Contraste entre el índice de autonomía (casique 2003)  
y la modificación sugerida por este trabajo**

<b>Índice de autonomía de la mujer (Casique, 2003)</b>			
Preguntas	Respuestas		
Generalmente, ¿usted le pide permiso o avisa a su esposo para...?	Pide permiso	Avisa	Ninguno
1. salir sola	0	1	1
2. salir con los hijos?	0	1	1
3. hacer gastos cotidianos?	0	1	1
4. visitar amistades?	0	1	1
5. visitar familiares?	0	1	1
6. participar en actividades comunitarias o sociales?	0	1	1
Rango de valores del índice: 0 a 6			
Consistencia del índice: alpha-cronbach= 0.88			

<b>Índice de autonomía de la mujer modificado</b>			
Preguntas	Respuestas		
Generalmente, ¿usted le pide permiso o avisa a su esposo para...?	Pide permiso	Avisa	Ninguno
1. Salir sola	0	1	1
2. ¿Visitar amistades?	0	1	2
3. ¿Visitar familiares?	0	1	2
4. ¿Participar en actividades comunitarias o sociales?	0	1	2
Rango de valores del índice: 0 a 8			
Consistencia del índice: alpha-cronbach= 0.82			

## ANEXO 2

### **Contraste entre el índice de poder de decisión de la mujer (Casique, 2003) y la modificación con la que se construye el índice de equidad en las decisiones del hogar en este trabajo**

#### **Índice de poder de decisión de la mujer**

Preguntas	Respuestas		
Generalmente, ¿quién de los dos toma las decisiones en la...?	Él	Ambos	Ella
1. ¿distribución de los gastos en el hogar?	0	1	2
2. ¿distribución del tiempo libre?	0	1	2
3. ¿crianza y educación de los hijos?	0	1	2
Rango de valores del índice: 0 a 6 Consistencia del índice: alpha-cronbach= 0.64			

#### **Índice de equidad en las decisiones del hogar**

Preguntas	Respuestas		
Generalmente, ¿quién de los dos toma las decisiones en la...?	Él	Ambos	Ella
1. ¿distribución de los gastos en el hogar?	0	1	0
2. ¿distribución del tiempo libre?	0	1	0
3. ¿crianza y educación de los hijos?	0	1	0
Rango de valores del índice: 0 a 3 Consistencia del índice: alpha-cronbach= 0.77			

# ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL EN MÉXICO: EXPERIENCIAS DE COLABORACIÓN ENTRE SOCIEDAD Y ESTADO

RAFFAELA SCHIAVON,<sup>1</sup> OLIVIA ORTIZ,<sup>2</sup> NORMA UBALDI,<sup>2</sup>  
ERIKA TRONCOSO<sup>3</sup>

## INTRODUCCIÓN

En el análisis de las políticas públicas en salud y desarrollo social, se hace cada vez más necesario reflexionar no solamente sobre el diseño e intervención del Estado, que se ha ido debilitando en sus expresiones, sino sobre las formas de colaboración que Estado y sociedad civil establecen en las intervenciones, acciones y políticas (Cohen y Arato, 1992; Offe, 1996). El presente artículo ofrece una reflexión sobre una experiencia concreta de colaboración del Estado mexicano con una organización no gubernamental internacional en el diseño de capacitaciones, estrategias de intervención y mecanismos de monitoreo, como forma de comprender cómo esta relación está siendo aterrizada en el terreno de la violencia sexual en México (Ortiz *et al.*, 2006). A raíz de las transformaciones del sector salud que reconocen explícitamente la necesidad de elaborar modelos integrados

---

<sup>1</sup> Ipas México. La organización se reserva el derecho de utilizar los resultados de este capítulo en otras publicaciones.

<sup>2</sup> Consultora independiente.

<sup>3</sup> Ipas México.

de atención entre las secretarías de salud y las iniciativas de coordinación con diversos sectores, gubernamentales y no gubernamentales, se hace imprescindible fortalecer y transparentar los alcances del Estado y las formas de cooperación con la sociedad civil nacional e internacional (Drezett, 2003).

Durante los últimos años, distintos organismos no gubernamentales han trabajado en el tema de la violencia sexual. Entre éstos se encuentran asociaciones nacionales e internacionales que colaboran con el sector público y atienden a mujeres víctimas de dicha problemática, con una preocupación especial hacia aquellas que solicitan una interrupción legal del embarazo (ILE) como consecuencia de una violación (Schiavon *et al.*, 2007). Además, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el párrafo 7.18 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) señala que “las organizaciones no gubernamentales [...] deberían cooperar con los gobiernos en el proceso de preparación y prestación de la atención [...] y deberían ayudar a supervisar los programas de los sectores público y privado” (ONU, 1994).

Este artículo describe las experiencias de Ipas,<sup>4</sup> una organización no gubernamental que ha colaborado con los poderes ejecutivos federales y estatales a través de sus secretarías de salud, procuradurías de justicia e institutos de las mujeres, en hospitales públicos que atienden a mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual (VSVS). Se pretende documentar aquí el acercamiento que la organización ha tenido a programas de atención a mujeres VSVS, particularmente en tres hospitales del sector público, analizando la provisión de información y capacitación sobre derechos de las mujeres y salud reproductiva, las tecnologías en salud reproductiva y las rutas críticas de atención, entre otras. Esta investigación operativa en México formó parte de un proyecto de evaluación más amplio que incluyó a Bolivia, Brasil y Nicaragua. El estudio inició en forma piloto en 2005, y en 2006 se hizo un primer análisis de los hallazgos, mismos que se comparten en este texto. En México, en el marco del proyecto, Ipas trabajó coordinadamente con otras asociaciones civiles que prestan servicios a mujeres VSVS, con la Procuraduría de Justicia y con el Instituto de las Mujeres, ambos del Distrito Federal.

---

<sup>4</sup> Ipas es una organización internacional no gubernamental que trabaja a nivel mundial para aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y para disminuir el número de muertes y lesiones relacionadas con el aborto inseguro. Para más información, consulte [www.ipas.org](http://www.ipas.org)

Este proyecto tuvo como objetivo contribuir a mejorar el acceso de las mujeres y adolescentes<sup>5</sup> a servicios integrales y articulados (legal, de salud y comunitario) de prevención, atención y recuperación de las mujeres VSVS desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, y conocer la forma en que sociedad y Estado contribuyen en el terreno de la salud reproductiva. Para sistematizar este acercamiento y recabar información, se diseñó y piloteó una metodología que incluyó la elaboración de una serie de cuestionarios dirigidos a quienes ocupaban la dirección del hospital o la jefatura del servicio de gineco-obstetricia; a los responsables del programa de atención a mujeres VSVS, y al personal médico, de psicología, de trabajo social y de enfermería. Asimismo, se diseñó un cuestionario de auto-aplicación para mujeres que habían recibido el servicio. Uno de los productos de este trabajo es *¡Ver y atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres VSVS* (Troncoso et al., 2006).

Si bien México cuenta desde hace algunos años con la *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar* (SALUD, 2000), cuya aplicación es obligatoria para los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, la atención gubernamental a la violencia sexual es reciente.<sup>6</sup> Ésta parte del reconocimiento de que se está ante:

[...] un fenómeno mucho más frecuente de lo que pensamos y cuyas consecuencias físicas, psicológicas y para la salud pública poco se mencionan [...] la atención oportuna y de calidad tiene un impacto positivo y significativo en la atención de las consecuencias y en la prevención de complicaciones de la violación, que afectan la calidad de vida al perpetuar los daños emocionales, biológicos y sociales, entre los que se encuentran: el embarazo forzado y las infecciones de transmisión sexual (SALUD, 2004a).

<sup>5</sup> Adolescentes se refiere a mujeres que tienen entre 10 y 17 años de edad, por las implicaciones legales que representa ser menor de edad. Mujeres se refiere a quienes tienen 18 años o más.

<sup>6</sup> En el año 2007 fue publicado el decreto por el que se expide la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se incluye a la violencia sexual como uno de los tipos de agresión que sufren las mujeres (Presidencia de la República, 2007). A la fecha aún no se ha publicado el reglamento de dicha ley; se espera que éste incluya la atención específica a la violencia sexual contra las mujeres.

Este marco general de atención a la violencia sirve de referencia para la atención especializada a las mujeres que han sufrido violencia sexual. Al respecto, México ha suscrito todos los acuerdos internacionales sobre violencia contra las mujeres y, además, reconoce la violencia sexual contra éstas como un complejo problema de salud pública de gran magnitud que genera importantes costos directos, indirectos e intangibles. Prueba de lo anterior es que la Secretaría de Salud (SALUD) ya cuenta desde hace unos años con el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (SALUD, 2005), elaborado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) con la activa colaboración de organizaciones de la sociedad civil. Dicho modelo debe ser implementado en todos los hospitales que brindan atención a mujeres VSVS, entre los que se encuentran los tres con los que Ipas colaboró para la capacitación y la puesta en marcha del modelo en sus programas de atención.

El presente artículo intenta recuperar dicha experiencia y también, en general, la que Ipas ha venido teniendo en los últimos años con las instancias de gobierno. Guían esta reflexión preguntas como: ¿cuáles son las preocupaciones y vacíos que aún persisten? ¿Qué necesidades de prevención y atención se deben tomar en cuenta durante la operación de este programa? ¿Qué estrategias de evaluación y monitoreo se deben implementar para mejorar la atención? Estas preguntas aún no tienen una respuesta suficientemente satisfactoria en los programas dirigidos a mujeres VSVS (Basile y Saltzman, 2002).

## EL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, 1994) plantean el fenómeno de la violencia contra las mujeres y definen acciones que obligatoriamente los estados firmantes deben implementar para combatir este grave problema que afecta a mujeres en todo el mundo (UNFPA, 2006).<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Es importante mencionar que no solamente las mujeres pueden ser víctimas de violencia. Sin embargo, la violencia que se ejerce contra y entre varones está fuera del interés de este artículo.

El gobierno mexicano firmó estos tratados y reconoció ampliamente, al menos en el plano discursivo, a la violencia contra las mujeres (y también la que sufren los niños y las niñas) como una violación a sus derechos humanos, un problema y una prioridad de salud pública y un producto de una relación asimétrica de poderes, que convierte las diferencias entre los sexos —expresadas a través de los géneros— en desigualdades. En ese sentido, la violencia contra las mujeres es una de las expresiones más acabadas a través de la cual los hombres, en primera persona, e indirectamente la sociedad en su conjunto, ejercen control y poder sobre éstas, castigándolas y socializándolas dentro de una categoría subordinada y subvalorada. Específicamente, la violencia sexual constituye una de las más antiguas, amargas y humillantes expresiones de la violencia de género. Ésta puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer. No obstante, la mayoría de los registros existentes muestran que es más frecuente entre las jóvenes, principalmente entre las que se encuentran entre los 15 y 25 años de edad (Drezett y del Pozo, 2002).

El sistema sexo/género define actividades obligatorias, permitidas y prohibidas para hombres y mujeres. Esto conlleva la subordinación de un sexo al otro y avala la violencia contra las mujeres, más aún cuando éstas contravienen los roles que les son asignados por la cultura. El dato de la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, que indica que 23.1% de los mexicanos, es decir, uno de cada cuatro varones, considera que las mujeres son violadas por provocar a los hombres, es una expresión emblemática de lo anterior (Bojórquez, 2005).

Los golpes físicos son la muestra más evidente de la violencia, así como la violación es la manifestación más explícita de la violencia sexual. Existen otras expresiones de violencia sexual contra las mujeres y las niñas, cuya frecuencia varía de acuerdo con los diversos contextos socioculturales en diferentes países. Éstas incluyen: la ablación o mutilación genital femenina; el aborto o el embarazo forzado; el abuso sexual; el contacto sexual abusivo; la esterilización forzada (como parte de políticas de gobierno o acciones individuales); el incesto; obligar a que una mujer participe en un acto sexual; la prostitución forzada; la tentativa o consumación de actos sexuales con una mujer que está enferma, incapacitada, bajo presión o bajo la influencia de alcohol u otras drogas; los tocamientos corporales forzados; tocar sexualmente a otra persona

contra su voluntad; la trata de mujeres, y la violación. Sin embargo, éstas no son las únicas conductas que definen dichas problemáticas, así como tampoco resulta del todo posible realizar una “separación” entre tipos de violencia, ya que en la realidad las tipologías se presentan de manera combinada (SALUD, 2005) y detrás de una expresión particular de violencia (física, sexual o psicológica) es muy probable que se encuentren otras.

Así como las expresiones de la violencia sexual son muchas, también lo son sus posibles consecuencias en la vida de las mujeres que la sufren. Éstas se pueden agrupar en somáticas, psicológicas y fisiológicas (Ramos-Lira *et al.*, 2001; SALUD, 2006).

### Consecuencias de la violencia sexual en la vida de las mujeres

Somáticas	Psicológicas	Fisiológicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias médicas agudas y trastornos ginecológicos (lesiones físicas, genitales y no genitales, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, dispareunias, dismenorreas)</li> <li>• Enfermedades crónicas y crónicas degenerativas (dolor pélvico y otros trastornos de dolor crónicos, hipertensión arterial sistémica, obesidad, infecciones de transmisión sexual y cáncer cérvico-uterino, colitis, gastritis)</li> <li>• Urgencias obstétricas (sangrado durante la gestación, embarazo no deseado, aborto)</li> <li>• Efectos en la salud relacionados con el estrés (percibir la propia salud como mala o poco favorable y reportar más síntomas de enfermedad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios cognitivos (alteración de los esquemas cognitivos)</li> <li>• Malestar, agotamiento y estrés</li> <li>• Síntomas psicológicos (miedo, ansiedad, ira, soledad, obsesión)</li> <li>• Reacciones afectivas (desmotivación, frustración, minusvalía, depresión, impotencia, ideación suicida y conducta suicida)</li> <li>• Problemas en la función sexual</li> <li>• Trastornos del sueño</li> <li>• Trastornos de la alimentación</li> <li>• Problemas de ajuste social</li> <li>• Adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacciones de “sobresalto”: alteraciones de la frecuencia cardíaca y del tono muscular asociadas al recuerdo del evento</li> </ul>

La presentación del listado anterior resulta útil en el diseño y ejecución de una política pública integral que pretenda atender y rehabilitar a las mujeres VSVS, en la que el profesional de la salud necesariamente debe tener claro cuáles son las posibles consecuencias de este tipo de violencia para que realice su búsqueda activa en los servicios, entienda que su detección es un posible indicador de violencia sexual y pueda proceder en consecuencia a su respectiva atención.

La violencia sexual que permanece más oculta y tiende a invisibilizarse es, particularmente, la que ocurre en la familia, contra las mujeres y contra los niños o niñas (SALUD, 2005), pero lo cierto es que la violencia sexual fuera de este contexto, donde el agresor no pertenece al núcleo familiar, es también muy frecuente. Se define la violencia sexual como aquella “infligida por un pariente, un amigo, un conocido, un vecino, un compañero de trabajo o un extraño” (ONU, 2006), y se reconoce que en todos los casos, independientemente del agresor, es difícil su cuantificación debido al bajo número de denuncias y, por lo tanto, a la existencia de un subregistro o “cifra negra” de dicho fenómeno. Sobre lo anterior, una serie de circunstancias influyen negativamente en la posibilidad de la denuncia ante las instancias de procuración de justicia. Entre éstas destacan que:

- A veces las mujeres no reconocen la violencia sexual que han experimentado debido a que el contexto sociocultural normaliza, minimiza, tolera o promueve estos actos.
- Las mujeres sienten vergüenza y/o miedo de la reacción de los funcionarios o prestadores de servicios y temor a las consecuencias que pueda tener su denuncia.
- Las mujeres tienden a guardar silencio sobre sus experiencias de violencia sexual, en especial si ésta ha sido llevada a cabo por familiares o en el contexto de una situación íntima (ej.: noviazgo).
- La violación es utilizada en situaciones de conflicto como arma de guerra y, por tanto, es prácticamente imposible denunciarla.
- Las mujeres no están protegidas suficientemente por el sistema de justicia u otras instituciones, como el ejército o la policía. Esta violencia puede ser incluso tolerada o ejecutada por miembros de estas organizaciones (Ramos-Lira *et al.*, 2001).

- No siempre existen personas cercanas o redes sociales que puedan apoyar a la mujer (SALUD, 2004a).

Además del problema de las escasas denuncias oficiales, otro factor que incide negativamente es el tiempo entre el momento de la agresión y la búsqueda de atención. Algunas posibles consecuencias pueden prevenirse siempre que la atención sea prácticamente inmediata. Después de un ataque sexual, las posibilidades y riesgos de un embarazo forzado y de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) son muy altas; diferentes estudios revelan una probabilidad de 10% a 30% de presentar un embarazo forzado, y de 10% a 20% de adquirir una ITS (SALUD, 2004a). El embarazo, así como las ITS, incluidos el VIH/SIDA y la hepatitis B, se pueden prevenir dentro de las primeras 72 horas posteriores a una agresión sexual.<sup>8</sup> Por ello es tan importante lograr que las mujeres confíen para su atención temprana en los servicios de salud, así como en las instancias de procuración de justicia, en las cuales deben presentarse las denuncias penales.

Al respecto, una de las buenas prácticas en materia de prestación de servicios en violencia consiste en agrupar los diferentes servicios (se refiere a servicio médico y de procuración de justicia) en un solo lugar, frecuentemente denominado Centro Integral, una unidad interinstitucional para las mujeres VSVS (ONU, 2006). Sin embargo, la implementación de un modelo similar en México se vislumbra como un reto, ya que requeriría un profundo y permanente proceso de sensibilización y cambio de los servidores públicos, en particular de los agentes del Ministerio Público (MP), para generar nueva confianza en su profesionalismo técnico y humano por parte de la población. Como ejemplo, cabe señalar que en 2004 fueron suprimidas las agencias del MP ubicadas en hospitales federales o locales del Distrito Federal, lo que fue leído como un avance positivo por organizaciones y personas preocupadas por la práctica de denuncia en hospitales con agencias del MP hacia mujeres detenidas ante la sola presunción de un aborto inducido (Cortés, 2006). No obstante, reconocemos que los centros

---

<sup>8</sup> La ventana útil para la toma de la AE se ha extendido hasta las 120 horas (Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar).

de salud y hospitales son espacios privilegiados para detectar y tratar este tipo de violencia, así como para promover la denuncia y, por tanto, la persecución del delito.

## ALGUNAS APROXIMACIONES CUANTITATIVAS A LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES EN MÉXICO

Como ya se mencionó, una de las principales dificultades para conocer la dimensión de la violencia sexual es el escaso número de denuncias ante las instancias de procuración de justicia. Esto sucede, entre otras cuestiones ya mencionadas, porque en muchos casos la violencia no resulta evidente para quienes la padecen, primero por los procesos que la naturalizan en las relaciones interpersonales y, segundo, por la falta de elementos para reconocer la violencia en sus diferentes manifestaciones (SALUD, 2005). Otro factor que impide conocer su incidencia y prevalencia es la existencia de diferencias conceptuales y operacionales que impiden la comparación entre los estudios sobre el tema (Ramos-Lira *et al.*, 2001).

La Iniciativa de Investigación en Violencia Sexual (SVRI, por sus siglas en inglés)<sup>9</sup> señala que “la violencia sexual ha recibido poca atención de parte de investigadores y responsables del diseño de políticas y programas. Las intervenciones para prevenir o responder a la violencia sexual son limitadas y muchas aún no se han evaluado” (Sexual Violence Research Initiative, 2006). La SVRI ha identificado las siguientes prioridades de investigación que requieren atención inmediata:

- Naturaleza y magnitud de la violencia sexual, incluyendo investigación en masculinidad y factores de riesgo;
- consecuencias en la salud producidas por la violencia sexual;

<sup>9</sup> La SVRI busca crear una red de investigadoras e investigadores y diseñadoras y diseñadores de políticas, activistas y donantes experimentados y comprometidos para garantizar que se aborden los numerosos aspectos de violencia sexual desde una perspectiva multidisciplinaria y multicultural. El objetivo de la SVRI es promover y diseminar investigación orientada a la acción para reducir y responder a la violencia sexual al identificar brechas, crear capacidad, apoyar investigación, crear conciencia y establecer asociaciones. Para más información, consultar: [www.svri.org](http://www.svri.org)

- respuestas de las mujeres ante los servicios que atienden casos de violencia sexual;
- respuestas médicas y legales a la violencia sexual, y
- formas alternativas de justicia para la atención de casos de violencia sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado diferentes estudios multipaís con la intención de precisar cada vez más la dimensión de este problema (García-Moreno *et al.*, 2005). Según sus estimaciones, al menos una de cada cinco mujeres en el mundo sufre abusos sexuales antes de los 15 años. En México, se estima que sólo una de cada 10 agresiones sexuales es denunciada (Llaguno y Ortiz, 2006).

En 1998, se realizó en el Distrito Federal un estudio transversal entre usuarias de un centro de salud oficial. Todas estaban casadas o vivían con su pareja, por lo que el estudio no permitió explorar la violencia entre mujeres solas o que no vivían con su pareja.<sup>10</sup> Entre la información y datos relevantes de este estudio destaca lo siguiente:

- Una de cada tres de las mujeres entrevistadas (34%) había sufrido alguna forma de violencia sexual en su vida, ya sea por parte de su pareja o por otras personas.
- 19% señaló haber sido objeto de tocamientos sexuales contra su voluntad al menos alguna vez en su vida.
- 11% reconoció haber sido violada.
- 5% fue forzada a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad.
- Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado algún tipo de violencia sexual dentro de la relación de pareja.

---

<sup>10</sup> El tamaño de muestra fue de 312 mujeres. Considerando las posibles pérdidas (10%), el grupo de estudio se conformó por 345 mujeres. Los criterios de inclusión fueron: *a*) mujeres de 18 a 65 años que hubieran estado viviendo con su pareja por lo menos en el último año y *b*) participación voluntaria bajo consentimiento informado. Casi la tercera parte de las mujeres que conformaban la muestra mencionó estar casada (Ramos-Lira *et al.*, 2001).

- Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la depresión, la ideación e intento suicida, y el uso de psicofármacos (Ramos-Lira *et al.*, 2001).

Por otra parte, con el objeto de contar con una estimación con representatividad nacional y estatal, la Secretaría de Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), realizó la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM) entre noviembre de 2002 y marzo de 2003, con una muestra de 26,042 usuarias de servicios de salud de 15 años de edad y más que acudieron a hospitales y centros de salud del primer y segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de la misma Secretaría, con representatividad para las 32 entidades federativas (SALUD, 2005).

También en esta encuesta, la mayoría de las mujeres (74%) estaban casadas o vivían en unión libre (INSP, 2003). El estudio enfatizaba la violencia en general y en la relación de pareja, por lo que sus resultados se centran más sobre violencia de género, al interior del hogar y con la pareja, pero hay menos información sobre las diferentes expresiones de la violencia sexual y en mujeres de diversos estados civiles. Esto pone en evidencia que sigue presente el reto y, sobre todo, la necesidad de diseñar instrumentos sensibles que recojan información de muestras representativas acerca de conductas específicas en relación con la violencia sexual, que incluyan además las respuestas que las mujeres mexicanas generan de frente a la violencia (búsqueda de servicios, denuncia, etc.). Entre la información y datos relevantes de este estudio destaca lo siguiente:

- 60.4% sufrió violencia alguna vez en su vida, ya sea por su pareja o por familiares.
- La mayor prevalencia correspondió a la violencia psicológica, manifestada por 19.6% de las mujeres entrevistadas; en segundo lugar se encuentra la violencia física, con 9.8%; en tercero, *la violencia sexual*, con 7.0%, y en cuarto lugar, con 5.1%, la violencia económica.
- 17.3% de las mujeres entrevistadas sufrió violencia sexual alguna vez en su vida, lo que significa que *una de cada seis usuarias de los servicios fue víctima de agresiones sexuales*.

- 16.8% declaró haber sufrido abuso sexual en algún momento de su vida.
- 7.6% reportó tener antecedentes de abuso sexual en la infancia, la mayor parte de las veces por parte del padre, padrastro u otro hombre de la familia.
- 25% informó que durante su embarazo sufrió algún tipo de violencia; el tipo más frecuente fueron las humillaciones; *en segundo lugar, el ser obligadas por la pareja a tener relaciones sexuales (6.3%)*, y en tercer lugar, los golpes.
- 18.4% comentó su situación de violencia con el personal de salud que las atendió. Las razones más importantes que argumentaron para no hacerlo fueron: porque no les tienen confianza (50.4%); porque les dio “pena o vergüenza” (31.7%), porque lo consideran “algo muy privado” (18.3%); o porque el personal de salud tiene poco tiempo para atenderlas (9.1 por ciento).
- En general, la búsqueda de apoyo legal es poco común: solamente 18.6% de las mujeres refirieron haber acudido a este tipo de instancias (INSP, 2004).

Si bien esta encuesta no profundizó en las manifestaciones específicas de la violencia sexual, permite saber que al menos 17 de cada 100 mujeres han registrado algún evento de esa naturaleza en su vida, comparado con el otro estudio mencionado, donde el porcentaje alcanzó a 34 de cada 100 mujeres (Ramos-Lira *et al.*, 2001). Esta diferencia podría explicarse por la especialización y focalización de este último estudio, que indagó concretamente sobre manifestaciones específicas de violencia sexual. Por otra parte, los datos de la ENVIM confirman que la violencia sexual atraviesa las diferentes etapas de la vida de la mujer, desde la infancia, la edad adulta, la relación de pareja, el embarazo, etc., aun cuando puedan variar las características de la violencia y del agresor. En especial en la infancia, el agresor es con frecuencia un familiar o persona cercana a la familia. Otro dato preocupante es la poca disposición, explicada por diversos motivos, de las mujeres VSVS a recurrir a instancias de salud y de procuración de justicia.

Existen varias fuentes recientes a las cuales recurrir para analizar la incidencia y prevalencia de la violencia sexual entre las mujeres mexicanas

(INEGI, 2003 y 2006; SALUD, 2003 y 2006). Para su comparabilidad y especificidad, se invita a leer los capítulos V (Castro y Cacique, 2006) y VI (Gasman, 2006) incluidos en un reciente informe nacional que revisa la información en torno a la violencia en general y el impacto que tiene sobre la salud de la población mexicana (SALUD, 2006).

## INICIATIVAS DE GOBIERNO PARA ATENDER A LAS MUJERES VSVS

El Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) constituye el primer esfuerzo gubernamental organizado para enfrentar el problema de la violencia de género desde la perspectiva del sector salud. La misión de este programa federal durante el sexenio 2000-2006 se enunció de la siguiente manera: “A partir de la elaboración de un modelo integrado de la Secretaría de Salud y las iniciativas de coordinación con los diversos sectores, gubernamentales y de la sociedad civil, encaminar esfuerzos hacia la institucionalización, el fortalecimiento y la profesionalización de la atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, en los servicios de salud del país, entendida ésta en el marco de la NOM-190-SSA1-1999” (SALUD, 2000).

El objetivo del programa es: “Contribuir, desde el sector salud, a reducir la violencia familiar, sexual y contra las mujeres y su consecuente impacto en la salud especialmente en las mujeres, las niñas y los niños” (SALUD, 2000). Para su elaboración, fueron considerados los siguientes puntos críticos:

1. Políticas públicas.
2. Información e investigación.
3. Prevención primaria.
4. Detección temprana.
5. Atención médica integrada.
6. Coordinación intersectorial.

Para cada uno de estos puntos, el programa definió sus objetivos, estrategias, líneas de acción y metas específicas (SALUD, 2000). Como una estrategia para poner en operación el programa, y en un proceso explícito de colaboración entre gobierno y sociedad civil, se emitieron dos instrumentos normativos y operativos:

1. La Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar (SALUD, 2000). Como indica su nombre, esta NOM limita los ámbitos de su competencia a la violencia familiar. Sin embargo, y de acuerdo con la obligación de actualización periódica, existe una nueva propuesta que espera pronto ser publicada (NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención) que atinadamente amplía el ámbito de la intervención a todas las formas de violencia que sufren las mujeres.
2. El Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (SALUD, 2005), en cuya elaboración Ipas México participó de forma activa y propositiva. El modelo tiene como propósito fundamental proporcionar lineamientos para una atención de calidad a las mujeres que viven en situación de violencia, con el fin de prevenir un mayor daño, facilitar su empoderamiento y promover una cultura de la no violencia. El modelo parte de dos supuestos fundamentales:
  - a) *La intervención coordinada*, que reconoce que ninguna institución puede resolver el problema de violencia familiar, sexual y contra las mujeres de manera aislada. Por lo tanto, es indispensable la participación conjunta de los diversos sectores e instituciones y de la sociedad civil.
  - b) *El sector salud representa un espacio de oportunidad único para la detección y la atención* debido a que las mujeres y, en general las familias, acudirán al menos una vez en su vida a centros de salud, clínicas u hospitales, mientras que difícilmente lo harán al sector justicia. La detección y atención oportuna representa una

oportunidad fundamental, ya que posibilita acciones preventivas, tanto secundarias (intervención precoz) como terciarias, que servirán para minimizar o impedir la gravedad de maltrato prolongado.

El modelo integrado prevé cuatro áreas de intervención fundamentales:

1. La *prevención*, que el sector salud operacionaliza a través de la inclusión del tema en las acciones de promoción de la salud y la coordinación intersectorial, que debe darse desde el nivel nacional hasta el ámbito local.
2. Las *acciones de detección*, que el sector salud realiza tanto en la comunidad como en el consultorio y que están articuladas con el proceso de atención médica.
3. La *atención*, que está constituida por las acciones que brindan el tratamiento y asesoría necesarios a las mujeres que enfrentan situaciones de violencia. Este proceso, por su naturaleza, es responsabilidad explícita y perteneciente al ámbito estratégico del sector salud, aunque éste participa en todas las áreas con distintos niveles de profundidad. Los componentes del proceso de atención en el sector salud son: la identificación de la situación de violencia; la consejería especializada; la evaluación del riesgo y el plan de seguridad e información legal; la atención médica esencial y especializada; y la referencia, contrarreferencia y seguimiento. Los servicios especializados de atención pueden ubicarse dentro de clínicas u hospitales generales o estar en unidades que atienden sólo a mujeres (por ejemplo, hospitales de maternidad), donde se enfatice la atención a la violencia familiar y sexual contra las mujeres. Las unidades que ofrezcan atención especializada deberán contar con un equipo de especialistas en violencia, constituido por personal médico, de enfermería y de trabajo social y, cuando sea posible, con personal especializado en salud mental (desde psicología hasta psiquiatría).
4. La *rehabilitación*, que en el sector salud se limita al proceso de referencia y contrarreferencia, así como al seguimiento.

El modelo es contundente en cuanto a que la prestación de servicios médicos es una obligación legal que se deriva del derecho a la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica, así como específicamente en materia de violencia familiar de la NOM 190. Aclara también que el incumplimiento de estas responsabilidades se puede traducir en diversos tipos de responsabilidad médica profesional.

Asimismo, plantea el debate respecto a la obligación o pertinencia de avisar al MP sobre la situación de violencia. Esta discusión plantea que la denuncia penal es una prerrogativa de la víctima (si es mayor de edad) y que hacerla efectiva puede, según los casos, agravar la situación misma de violencia y/o afectar el proceso de atención y rehabilitación. No obstante, la NOM 190 indica la obligatoriedad de los prestadores de servicios de dar *aviso* al MP, el cual puede convertirse en una denuncia penal en aquellos casos en los que el delito se persigue de oficio.

Respecto a la atención de mujeres VSVS, el modelo incluye las siguientes acciones inmediatas y/o mediatas:

1. Proveer *anticoncepción de emergencia*, con el objetivo de evitar un embarazo forzado, siempre que se esté dentro de las 72 horas inmediatas a la violencia sexual.
2. Proveer *quimioprofilaxis para la prevención* de ITS, incluido el VIH/SIDA.
3. Proveer servicios de atención en caso de que la violación resulte en un embarazo; estos servicios deberán ofrecerse siempre en el respeto del derecho de la mujer a decidir sobre sus opciones, y deberá incluir lo siguiente:
  - a) Realización de *aborto legal*, cuando la mujer así lo solicite.
  - b) *Atención prenatal*, cuando la mujer continúe con el embarazo.
  - c) *Asesoría sobre adopción*, cuando la mujer desee esta opción.

Respecto a la realización del aborto legal, resulta importante precisar que todos los códigos penales de las diferentes entidades federativas de México permiten la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando éste sea resultado de una violación, y que sólo algunos de ellos explicitan la necesidad de la autorización del MP o de un juez para su realización. Sin embargo, el modelo señala expresamente: “Es imprescindible, por tanto, que la usuaria denuncie el hecho ante el MP y asuma los trámites previstos por la ley para conseguir la autorización respectiva” (SALUD, 2005).

Sobre el punto anterior, sería conveniente una precisión y un señalamiento explícito de cuáles son las entidades en las que dicha autorización es un requisito indispensable para la realización de una ILE por violación. En coordinación con las otras instancias involucradas en la atención a mujeres VSVS, el modelo debería también sugerir pautas generales de procedimientos donde dicha autorización no se requiera por ley, sin menoscabo de los derechos de las mujeres. En un sentido mucho más general, todas las políticas de gobierno que promueven el respeto y ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres deberían incluir la realización de ILE para *todas* las situaciones en las que ésta es permitida en las diferentes entidades federativas de México.<sup>11</sup>

## EXPERIENCIA DE IPAS EN LA COLABORACIÓN CON HOSPITALES QUE ATIENDEN A MUJERES VSVS

Desde el año 2000, Ipas ha venido realizando actividades de sensibilización y capacitación a prestadores de servicios para la atención de la salud reproductiva y de la violencia contra las mujeres y adolescentes. Ipas ha colaborado con la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), con la que ha participado en cuestiones de asistencia técnica en la implantación del

<sup>11</sup> Éstas son: cuando el embarazo es producto de una violación (permitido en las 32 entidades federativas); cuando el aborto es el resultado de una acción imprudencial o culposa de la mujer (no castigado en 30); cuando el embarazo implica un peligro de muerte para la mujer (permitido en 29); cuando el producto presenta malformaciones congénitas o genéticas graves (permitido en 14); cuando el embarazo implica una grave daño a la salud de la mujer (permitido en 11); cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida por la mujer (permitido en 11) y por razones económicas (permitido en una entidad) (GIRE, 2008).

Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual y con estrategias de capacitación a varios niveles de prestación de servicios. Así mismo, Ipas ha colaborado con el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (IMDF). En esta última dependencia se impartió capacitación a abogadas, psicólogas y a todas aquellas personas que, en cada una de las 16 unidades delegacionales del IMDF, reciben y dan atención especializada a mujeres VSVS. A través de esta colaboración, se generaron materiales de consulta que facilitarán las intervenciones y las referencias en el ámbito de esta institución (Llaguno y Ortiz, 2006).

Las lecciones aprendidas y de buenas prácticas, e igualmente la revisión de literatura global sobre el tema, incluido el modelo gubernamental arriba mencionado, permitieron la concreción por parte de Ipas México de una propuesta de Modelo de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual. Centrado en las necesidades de las mujeres (adolescentes y adultas), este modelo tiene un enfoque de derechos humanos tanto para las víctimas, quienes merecen recibir un trato digno en los servicios de salud, como para los proveedores, que requieren una capacitación adecuada para poder ofrecer servicios de alta calidad técnica y humana. Además, tiene una perspectiva de género e incluye las acciones que se desarrollan tanto en el sector salud como en el de procuración de justicia, en lo que concierne a la atención de la violencia familiar y sexual (Bojórquez, 2005). Por otro lado, este modelo reconoce y promueve la colaboración multi e interdisciplinaria y el trabajo en equipo interinstitucional como la manera más adecuada para ofrecer toda la gama de servicios que se requieren. Finalmente, a partir del reconocimiento de que trabajar con mujeres VSVS tiene repercusiones en la vida de los prestadores de servicios de salud, el modelo incluye un espacio de consejería y de auto-cuidado para éstos.

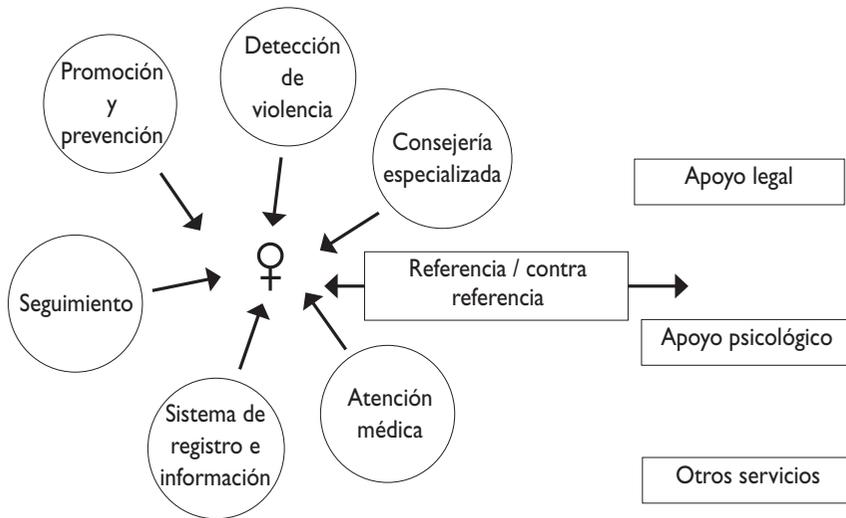
El modelo de Ipas está separado en los dos niveles de atención:

1. *Primer nivel.* Incluye promoción y educación, detección y atención médica en el primer contacto. En este nivel se debe ofrecer la AE, si está en los límites de temporalidad, y también se debe realizar la referencia a algún hospital, si es necesario.

2. *Segundo nivel.* Incluye el tratamiento de lesiones, la administración de AE si no fue indicada anteriormente, la realización de la ILE, en su caso, y si ésta fue solicitada, o la atención prenatal para aquellas mujeres que decidan continuar con un embarazo producto de violación.

A continuación se presentan un esquema del modelo de atención y un diagrama de la ruta de atención a mujeres VSVS que en éste se propone (Troncoso, 2006).

**Modelo de atención para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual**



El Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (SALUD, 2005), presentado y brevemente comentado en el apartado anterior, recoge en parte la propuesta del modelo de Ipas, en especial en lo concerniente a la ruta crítica para la realización de una ILE y otros temas vinculados a ésta, como la posible objeción de conciencia<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Uno de los principales obstáculos para que las mujeres tengan acceso a una ILE en el sector público es el desacuerdo (explícito o implícito) de los funcionarios del sector salud y de procuración de justicia involucrados en la autorización, dado el caso, para su realización. En ese sentido, resulta gratificante que el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de la Secretaría de Salud señale explícitamente que: “La objeción de conciencia es la expresión de un sentir individual o

de los prestadores de servicios de salud para realizarla. De este modo, Ipas incidió en las políticas públicas a partir de la institucionalización de su modelo, a través de la Secretaría de Salud (Bojórquez, 2005). Por tanto, se trata de una colaboración exitosa entre una instancia de gobierno y una organización de la sociedad civil.

## ESTUDIO PILOTO EN TRES HOSPITALES CON PROGRAMAS PARA MUJERES VSVS

Los servicios de salud especializados ocupan, junto con las agencias del MP, un lugar muy importante en la atención a mujeres VSVS. Es imprescindible, por lo tanto, entender cómo funcionan y cómo pueden mejorar la calidad de la atención, superando la desconfianza y/o prejuicios que muchas mujeres experimentan hacia los servicios públicos, situación que motiva que se acerquen más a las organizaciones de la sociedad civil que brindan algún tipo de atención de esta naturaleza.

Por lo anterior, se realizó una prueba piloto de instrumentos de evaluación que permitiera a los mismos servicios de salud conocer cómo llevan a cabo la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. Se diseñaron y probaron 10 instrumentos que permitieran recabar información sobre el marco normativo y legal de referencia, realizar una guía de observación de la unidad, recabar las opiniones de los proveedores de servicios –directivos y operativos–, de las mujeres mismas y, finalmente, analizar las estrategias de trabajo intersectoriales. En esta prueba piloto se prestó especial atención en elaborar instrumentos de evaluación que fueran útiles a las unidades de salud para reflexionar sobre sus acciones, adoptarlas a las necesidades reales de las mujeres y proponer cambios en sus programas e intervenciones. Con el fin de facilitar su aplicación en las unidades de sa-

---

personal y no puede constituirse en una política institucional [...]. Las instituciones de salud no pueden eludir la responsabilidad de ofrecer los servicios para la interrupción legal del embarazo [...]. La objeción de conciencia es, ante todo, una excepción a la debida obediencia de la ley, más no un derecho reconocido como tal. El respeto a la objeción de conciencia es una concesión democrática y una actitud de tolerancia; no una licencia para obstruir un derecho consagrado a favor de otro u otra” (Salud, 2005).

lud, en México sólo se usaron cinco de los 10 instrumentos originalmente probados en otros países.

Los tres hospitales donde se realizó la aplicación piloto de tales instrumentos refieren como fecha de inicio formal de la implementación del servicio especializado en violencia sexual el año 2005, aun cuando reconocen que la demanda de atención ya existía previamente. Por lo tanto, en aquellos hospitales donde se contaba con personal sensible a esta problemática –que además tenía la posibilidad de coordinar el trabajo con otras áreas– la prestación del servicio se inició desde antes, más allá de que no se contara con una formalización institucional. A continuación se describen los hallazgos más importantes que fueron recabados a través de la aplicación de los instrumentos.

Los hospitales públicos que participaron en este proyecto basan su trabajo en los documentos y programas que la Secretaría de Salud reconoce para los servicios de atención a la violencia sexual. Si bien los hospitales cuentan con la mayoría de los instrumentos normativos necesarios, ello no significa que sean del conocimiento de todo el personal de salud que participa en el proceso de atención a las mujeres. En la práctica, y según lo señalado por el director de uno de estos hospitales, más que la norma, lo que posibilita la atención son los acuerdos interinstitucionales que se traducen en herramientas para exigir al personal de cada institución, principalmente a los MP, que cumplan con sus respectivas responsabilidades. El soporte legal de las normas vigentes se asume como una definición de los lineamientos de trabajo. No obstante, algunos proveedores consideran que limita la toma de decisiones, ya que pueden prestar algunos servicios, como ILE por violación, sólo a las mujeres que hayan realizado previamente una denuncia.

La atención que los servicios de salud ofrecen con más frecuencia es a mujeres que han realizado una denuncia y cuyo caso es seguido por el MP a través de una averiguación previa. En menor medida, atienden a mujeres que llegan directamente al hospital después de la agresión; cuando éste es el caso, les prestan atención médica y, a su vez, las derivan al MP. Los hospitales cumplen con los servicios de anticoncepción de emergencia (AE) y quimioprofilaxis para VIH, gonorrea, clamidia, tricomoniasis, vaginosis bacteriana y sífilis. Frente a embarazos resultados de una violación, los hospitales

ofrecen servicios de aborto legal y de atención prenatal, según el caso. Si la mujer opta por la adopción, es referida a otra instancia. En todos los hospitales se cuenta con la documentación del caso en expedientes y formatos oficiales de la unidad, de acuerdo con la normatividad. Los procedimientos médico-legales para toma de muestras post-violación son definidos por el MP, y los hospitales los cumplen en tiempo y forma. Habitualmente el MP los recoge y los analiza por su cuenta, deslindando así de responsabilidades y funciones al hospital.

En caso de que la mujer resulte embarazada como resultado de la violación, y que quiera llevar a cabo una interrupción legal, ésta se realiza dentro del área de hospitalización de gineco-obstetricia. Dependiendo de las semanas de gestación y de la preferencia del proveedor, se utiliza la aspiración manual endouterina (AMEU) o el legrado uterino instrumental (LUI). El uso del aborto con medicamentos todavía se limita al uso del misoprostol, un medicamento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la inducción del aborto seguro (OMS, 2005). Este procedimiento, que va en aumento en las preferencias del personal, tiene como barrera que el medicamento no está integrado dentro del cuadro básico. Una vez realizada la ILE, los restos se identifican y entregan en cadena de custodia al MP para los análisis médico-legales correspondientes (análisis de ADN para constituirse eventualmente en elemento de prueba).

El seguimiento que se ofrece a la mujer consiste en una consulta después de su alta. Los hospitales señalan que en la mayor parte de los casos, las mujeres ya no regresan a las citas posteriores y se pierde el contacto con ellas. Cuando la mujer es menor de edad, algunas veces se sigue su caso por conducto de la madre. Respecto a la atención psicológica, los servicios de salud no siempre la ofrecen en las situaciones de violencia sexual, ni en los casos de ILE, ya que el MP es quien inicia y da el seguimiento en agencias especializadas. En otros casos, tampoco se proporciona porque las mujeres viven lejos del hospital de atención y mencionan que sería un costo adicional para ellas acudir a esta institución.

La conformación de un equipo interdisciplinario encargado de la atención especializada está relacionada con la disponibilidad de los recursos humanos, la carga de trabajo, el compromiso personal y la disponibilidad

para participar y para capacitarse. Por ejemplo, en uno de los hospitales, el equipo estaba inicialmente integrado por médico, enfermera, trabajadora social y psicóloga, pero posteriormente la enfermera decidió retirarse. Si bien, idealmente, todo el personal del hospital debería ser, por lo menos, concientizado sobre el tema, con frecuencia esto no sucede, y la atención se delega al equipo de especialistas; todo esto se convierte en un obstáculo para ofrecer una mejor atención, ya que genera poco compromiso por parte del resto del personal y un bajo nivel de sensibilidad en el trato a las mujeres que han enfrentado violencia sexual. Esta situación muestra que el temor entre el personal a menudo se traduce en resistencia para integrarse al equipo de atención a mujeres VSVS; nos habla también del prejuicio, el estigma y la fuerte carga emocional que el tema genera.

La capacitación y entrenamiento, así como la sensibilización, son por lo tanto elementos básicos que deben darse en forma continua y repetida. En la medida que Ipas ha dirigido la capacitación al personal de las diferentes áreas de atención, ha impulsado a la par un trabajo coordinado entre todas ellas, tanto en el nivel operativo como en el directivo. Sin embargo, esta propuesta se ha asimilado lentamente, debido a que el personal de las diversas áreas no siempre participa en la capacitación. Por otro lado, al capacitar a un equipo bien definido (médico, trabajadora social o enfermera y/o psicóloga), se aprecia un desempeño más coordinado entre las diversas áreas de atención. En el hospital en el que se observó mayor desarticulación, por ejemplo, el personal de trabajo social desconocía qué tipo de pruebas de laboratorio debían realizarse a la mujer, y la enfermera no estaba al tanto de que hubiera referencia a otros servicios de apoyo psicológico.

La conformación de un equipo comprometido y competente es una labor que requiere de mucha creatividad y de mucho apoyo. En uno de los hospitales, el directivo a cargo lo ha enfrentado aplicando un cuestionario a todo el personal que desea ingresar al área: las respuestas le permiten conocer de antemano la disponibilidad de atención de cada profesional, así como su actitud hacia intervenciones como la anticoncepción de emergencia y/o la interrupción legal del embarazo.

La calidad de la atención a personas víctimas de violencia sexual es un tema de derechos, tanto para las víctimas, quienes merecen recibir un trato

digno en los servicios de salud, como para los proveedores, quienes requieren de una capacitación adecuada para poder ofrecer servicios de alta calidad técnica y humana. En este sentido, es impostergable la creación de espacios de revisión de casos y contención emocional de los/las proveedores/as que proporcionan el servicio.

En todos los casos analizados, hay cierto grado de coordinación entre las diferentes instancias: por ejemplo, si la mujer es canalizada al hospital por parte de la agencia especializada de atención a víctimas, el MP o alguna otra persona se encarga de notificar al director o al subdirector del hospital del caso que enviarán. Cuando la agresión es reciente, el subdirector o director canaliza de inmediato a la mujer con el personal indicado para iniciar la atención de profilaxis necesaria. Cuando la mujer ya llega con la autorización del MP para una ILE, el director le realiza una pequeña entrevista, integra el expediente clínico, la valoración del médico y los estudios de laboratorio necesarios, y se programa la fecha del procedimiento, misma que se notifica al MP.

Por otro lado, cuando una mujer VSVS ingresa al hospital, por lo general sigue el mismo curso de atención que el resto de las mujeres del servicio de gineco-obstetricia; sin embargo, la sobrecarga de trabajo de partos, cesáreas, etc., además de la poca disposición del personal para brindar los servicios, genera a menudo que estas mujeres no sean atendidas en el turno en el que entraron y, aún más, si en el turno siguiente hay personal que no está de acuerdo en participar, es posible que tampoco sean atendidas, dejándolas nuevamente para el siguiente turno.

En algunos de los hospitales evaluados también se realizan acciones de prevención y detección de la violencia con base en el modelo de atención de la Secretaría de Salud, que además es una manera de proporcionar información a las mujeres en materia de derechos y salud reproductiva. Estas acciones se realizan en tres áreas: entre las mujeres de hospitalización de gineco-obstetricia, con usuarios/as de consulta externa en general y al interior del consultorio. En un hospital en particular se utiliza un cuestionario de tamizaje que incluye las siguientes preguntas: ¿la han amenazado con golpearla?, ¿la han golpeado?, ¿la han agredido con un arma?, ¿la han forzado a tener relaciones sexuales con o sin violencia física?, ¿resultó

embarazada?, entre otras. Durante las consultas, los proveedores de servicios médicos tienen el compromiso de realizar detección activa de la violencia, y están obligados a aplicar el cuestionario de tamizaje al menos en una consulta del día, independientemente de la causa de consulta. Al detectarla, se invita a la persona al área de trabajo social para que esta instancia ratifique la existencia de violencia y a su vez para canalizar a la persona con la psicóloga. Esta estrategia ha permitido aumentar sensiblemente el número de mujeres diagnosticadas y, por lo tanto, atendidas en ese hospital.

Además de las anteriores acciones, también existen carteles distribuidos en las zonas de espera en consulta externa, así como en periódicos murales fijos de fácil identificación, que indican el consultorio o personal del hospital que puede ampliar la información. Los tres hospitales observados cuentan con folletos, gráficos y lemas diseñados por psicólogas y/o trabajadoras sociales del mismo servicio de ginecología.

Una estrategia usada por el personal de salud ha sido coordinarse y establecer alianzas con diferentes colaboradores del área, tanto directivos como operativos. Esto ha sido más fácil cuando el equipo encargado de la atención al interior del hospital se encuentra bien integrado y existe un claro compromiso del director del hospital o del jefe de servicio. A su vez, en la medida en que se conforma una alianza entre directivos de las instituciones y el personal operativo, la respuesta obtenida es de un grado mayor de eficiencia. En cambio, cuando el equipo sólo ha logrado encontrar aliados/as entre una parte mínima del personal operativo, el proceso en cuestión puede enfrentar mayor dificultad en su resolución. Por ejemplo, los contactos directos y los convenios explícitos entre las agencias especializadas y el hospital pueden ayudar para que la mujer reciba una atención más rápida una vez que ha realizado la denuncia.

Por último, los hospitales realizan su trabajo en colaboración con diversas organizaciones de la sociedad civil especializadas en salud sexual y reproductiva. Esta coparticipación es fundamental ya que muchas de estas organizaciones, como Ipas, tienen una larga trayectoria en investigación y capacitación con proveedores de servicios públicos de salud, lo cual les ha permitido generar una visión amplia de la realidad que enfrentan en su

trabajo y, por ende, identificar con claridad los factores que facilitan u obstaculizan la atención. La participación de las organizaciones especializadas de la sociedad civil es una pieza clave en la atención a las VSVS en todos los niveles: al haberse ganado la confianza de la población, las organizaciones se vuelven puntos de referencia y a menudo son las que se enteran inicialmente de la acción violenta cometida; estimulan y acompañan el proceso de denuncia; establecen alianzas estratégicas para acercarse al personal indicado en el momento requerido; son observadoras críticas del proceso, y están en permanente búsqueda de mejores soluciones, entre otros muchos aspectos.

## DISCUSIÓN

Implementar de manera operativa servicios de prevención, detección y atención a la violencia, y en particular a la violencia sexual, representa un reto enorme para las instancias del sector salud, principales encargadas de hacerlo. Además de crear y difundir un marco normativo para la aplicación de modelos de atención, éste debe diseminarse sensibilizando y capacitando a los directivos y al personal operativo, y debe asegurarse la coordinación con las instancias legales involucradas, así como que la infraestructura, el equipamiento y los medicamentos mínimos requeridos estén disponibles. Finalmente, se debe aplicar un mecanismo de evaluación periódica de las acciones emprendidas, de su impacto y de su efectividad, es decir, una estrategia de mejora continua de la calidad.

Ipas es una organización civil de arraigo internacional que tiene una larga experiencia de colaboración con el sector salud en temas de derechos humanos, sexuales y reproductivos. Uno de los campos de colaboración y de capacitación en México a lo largo de los últimos 15 años, ha sido precisamente el de la violencia sexual, donde Ipas ha implementado estrategias de capacitación y, más recientemente, un modelo de monitoreo y evaluación llamado *¡Ver y atender!*, cuya aplicación en forma piloto ha servido para generar muchas de las reflexiones resumidas en el presente capítulo.

Al inicio de la experiencia de trabajo con funcionarios y prestadores de servicios públicos de salud en México, a pesar de tratarse de un tema tan

delicado, se detectó una gran necesidad de asistencia técnica y de capacitación para contar con elementos técnicos, legales y psico-sociales que les permitiera abordar el problema de la violencia sexual en forma adecuada. A través de las diversas experiencias de sensibilización y capacitación al personal de salud que la organización ha llevado a cabo, se pudo lograr que éste tuviera claridad suficiente respecto a qué es lo que puede hacer, qué es lo que tiene la obligación de hacer y cuál es el marco legal que circunscribe su trabajo (Bojórquez, 2005).

Sin embargo, ante una realidad de políticas públicas incipientes (con nueva normatividad y programas), se generan dudas y dificultades en cuanto a las tareas y responsabilidades específicas a cumplir en los servicios de salud. Esto está vinculado con un proceso de conocimiento insuficiente de las políticas, las cuales al parecer aún no están –en general– lo suficientemente interiorizadas y aprendidas, sobre todo por el personal de trabajo social y psicología; no así por parte de los médicos. Cabe señalar que si bien las políticas siempre son perfectibles, tanto la NOM 190 como el modelo de la Secretaría de Salud contienen información clara respecto a las responsabilidades, obligaciones y prerrogativas del personal de que labora en esta área. Los trabajadores con más experiencia y mayor sensibilidad perciben que el marco legal es todavía insuficiente y perfectible para algunas necesidades que plantea esta atención especializada. Por su parte, los empleados que recién están conociendo y acercándose al tema sienten que la norma es suficiente y adecuada. Al parecer, la experiencia concreta de la atención en servicio provee de un criterio mejor formado para poder ubicar tanto las bondades como las insuficiencias y posibles aspectos negativos de las políticas y programas, así como del marco legal y normativo. Este es un hallazgo interesante que plantea la necesidad de implementar los procesos de capacitación de una forma permanente, e inclusive diferenciada, y de que éstos además permitan el intercambio de experiencias entre prestadores con diferentes grados de antigüedad y compromiso en el servicio.

Sobre este punto, algunos proveedores señalaron que el Modelo de Atención a la Violencia oficial no es suficiente porque, por ejemplo, sólo permite que se preste el servicio de ILE cuando la mujer presenta previamente la

denuncia penal.<sup>13</sup> Este comentario coincide con una reflexión que se hizo en páginas anteriores: no todos los códigos penales exigen una autorización del MP o de un juez para realizar una ILE. En ese sentido, un pendiente importante en lo que se refiere al derecho de las mujeres a la prestación de servicios de ILE en determinadas circunstancias, es eliminar los “candados” normativos que contienen los lineamientos del modelo actual.<sup>14</sup> Además de lo ya enunciado, es esencial que el conocimiento del marco legal y normativo se amplíe a la población de usuarias y a las VSVS: por las entrevistas realizadas a mujeres usuarias de estos servicios, se puede concluir que muy pocas saben que MP es la instancia a donde tienen que acudir para presentar una denuncia de violación u otro delito sexual.

La ruta crítica que deben seguir las mujeres que deciden interrumpir un embarazo producto de una violación sigue siendo tortuosa, ya que con frecuencia incluye largos trámites y situaciones difíciles de enfrentar, más aún considerando el delicado momento que están atravesando. La coordinación interinstitucional entre los sectores de salud y de justicia no es aún adecuada ni eficiente, como se pudo documentar en algunos de los casos mencionados. Sin embargo, también hay ejemplos muy positivos donde se pudo constatar una buena y estrecha colaboración entre el hospital y la Procuraduría de Justicia estatal, a través de la Unidad de Atención a Víctimas del Delito y de las agencias del MP especializadas en Violencia Familiar y Sexual, encargadas de brindar atención integral a las víctimas de violación en el ámbito legal, psicológico y social (Bojórquez, 2005). Sería interesante indagar por qué en algunos casos la coordinación interinstitucional fluye con mayor facilidad que en otros; esto aportaría elementos que podrían ayudar a abordar esta situación, que muy probablemente no sea exclusiva del Distrito Federal o del Estado de México.

Conviene precisar que la atención pública a la violencia sexual no puede equipararse solamente a la administración de anticoncepción de emergen-

<sup>13</sup> Es importante mencionar que en la Ciudad de México, a partir del 26 de abril 2007, se ha modificado el Código Penal y la Ley General de Salud para la interrupción del embarazo, por lo que el aborto está despenalizado hasta las 12 semanas de gestación.

<sup>14</sup> Así mismo, se deberá dar seguimiento a la actualización de la NOM de Violencia Familiar y Sexual, que incluya las especificaciones para la prestación de ILE en los servicios de salud, con una mayor categoría jerárquica que el Modelo de Atención.

cia o a la práctica de una ILE, como puede ser entendida por algunos prestadores. Esto afecta negativamente la atención de otras necesidades de las mujeres VSVS y el aspecto *integral* del Modelo de Atención se puede volver meramente enunciativo.

Finalmente, otra preocupación tiene que ver con el registro de la información, su calidad y su concentración en sistemas unificados, tanto en la Secretaría de Salud como en los demás sectores involucrados. Se detectaron problemas con la variedad de formatos y, por consiguiente, con la confiabilidad de los registros de casos, situaciones que entorpecen el seguimiento de la referencia y contrarreferencia (Bojórquez, 2005). El prestador de servicios raras veces tiene acceso a la información concentrada que él mismo genera; tampoco cuenta con las vías de comunicación interinstitucional adecuadas para dar seguimiento a los casos, ni con una base de información confiable para el análisis de la violencia contra las mujeres en México que le permitiría tener una mínima retroalimentación en su quehacer cotidiano desde la trinchera de los servicios.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

El sector salud se encuentra en una posición estratégica para la detección de mujeres que viven en situación de violencia, para brindarles atención y para conectarlas con otros servicios de apoyo y asistencia en la comunidad (Gasman, 2006). No obstante, centrar la atención de las mujeres VSVS únicamente en este ámbito significaría un error político y estratégico. Así lo entiende la Secretaría de Salud al explicitar que, si bien su Modelo de Atención tiene un carácter integral, dicha secretaría de gobierno tiene como principal responsabilidad el área de la atención médica, pero que las acciones de prevención, detección y rehabilitación son una responsabilidad compartida con otros sectores públicos, sociales y privados.

Si bien estamos ante una política de reciente diseño e implementación, parecería que no existiera un compromiso intersectorial real para abordar el problema de la violencia sexual de manera global y conjunta por parte de *todas* las instancias de gobierno que tienen responsabilidad en el abordaje

de este fenómeno que afecta a una gran parte de la población. Salvo raros ejemplos exitosos, no hay evidencias concretas de ese compromiso. Al parecer, la voluntad de gobierno no ha logrado superar aún una fase declarativa y normativa.

El Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres y el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, ambos de la Secretaría de Salud, son un inicio prometedor, pero persiste el reto de convertir el abordaje de la violencia sexual en políticas transversales, estratégicas, coordinadas y acordadas entre todos aquellos sectores de gobierno que tengan alguna responsabilidad, desde los esfuerzos requeridos para prevenir la existencia misma del fenómeno hasta aquellos que buscan la rehabilitación de las víctimas y, por tanto, romper el ciclo de la violencia sexual. Uno de los primeros y principales signos de voluntad política para enfrentar una problemática en particular es la asignación de recursos financieros, aspecto que en la actualidad, en el tema que nos ocupa, es claramente insuficiente.

El abordaje gubernamental debe reconocer que estamos ante un problema para cuyo control, e idealmente erradicación, se requiere de un cambio profundo de creencias, estereotipos, actitudes y valores, sobre todo en relación con la forma en que se conciben los géneros. En la actualidad, esto se traduce en una violencia aún legitimada socialmente. Por eso es necesaria la integración de recursos a partir de una *política global*, que contemple acciones paralelas en todos los ámbitos posibles: educativo, legislativo, judicial, policial, de salud, de seguridad social y de empleo, entre otros. Cada uno de estos sectores tiene responsabilidades específicas y juega un papel fundamental en la prevención, el tratamiento y la erradicación de la violencia sexual. Por otro lado, junto con el compromiso institucional, se requiere de una fuerte participación de la sociedad civil en el diseño de los programas, su aplicación, su vigilancia y monitoreo, como las estrategias descritas en este documento.

Es recomendable, por lo tanto, que continúe y se fortalezca la colaboración entre gobiernos y aquellas organizaciones de la sociedad civil comprometidas con el respeto a los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos y, en particular, los derechos de las mujeres. Esta relación,

que implica múltiples aprendizajes e intercambio de conocimientos en ambas direcciones, es también un engranaje importante en esta apuesta por políticas globales e intersectoriales. La experiencia de Ipas ha demostrado que estas alianzas son productivas, provechosas y que el carácter “no gubernamental” no implica necesariamente enfrentamiento, aunque una parte sustancial del espíritu de dichas organizaciones sea la de monitorear las acciones de gobierno.

Finalmente, no se puede concluir sin reiterar la necesidad de contar con información suficiente, confiable y representativa que ayude a precisar la dimensión real del fenómeno de la violencia sexual en México. Al respecto, la participación de la academia y de organismos locales e internacionales de investigación podría resultar muy provechosa. Los esfuerzos de prevención, atención y rehabilitación, a través de programas gubernamentales y de organizaciones de la sociedad civil, deben necesariamente ir de la mano de estrategias sistemáticas de evaluación que permitan medir el impacto, corregir el rumbo y, sobre todo, obedecer a las necesidades reales de atención que expresan las mujeres.

Recorrer la ruta crítica de la violencia y de las instituciones que deben apoyar a las mujeres a salir del ciclo perverso que ésta genera, representa un largo proceso que culmina hasta que se constata que las mujeres han logrado tener alternativas reales de vida, lejos de las personas y los contextos que amenazaban su vida y su seguridad.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro profundo agradecimiento a los directivos de los tres hospitales involucrados en este proyecto de monitoreo, así como al personal médico, de enfermería, de psicología y de trabajo social que nos han permitido participar, preguntar y observar su trabajo. Un agradecimiento aún más profundo a las mujeres VSVS que nos han dado el permiso de platicar con ellas sobre lo que necesitan, obtienen y desearían recibir en los servicios de salud en momentos tan difíciles de su vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Astbury, Jill y Nata, Duvvury (2006). Evaluating Sexual Violence Services: A Research Methodology for Exploring the Understandings of Service Providers. Poster presentado en la reunión anual del Global Forum for Health Research, oct. 29–nov. 2, El Cairo, Egipto.
- Basile, Kathleen y Saltzman, Linda (2002). *Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control.
- Bojórquez, Nelia (2005). *Estrategia de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual en América Latina: Hacia el enlace de los servicios de salud, legales e iniciativas comunitarias. Caso México*. México: UNFPA.
- Castro, Roberto e Cacique, Irene (2006). Capítulo V. Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes. En: Secretaría de Salud. *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, DF: SALUD.
- Cohen, Jean L. y Arato, Andrew (1992). *Civil Society and Political Theory*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Cortés, Ana (2006). *Persecución legal del aborto en la Ciudad de México: Un atentado al derecho a decidir*. México: GIRE.
- Drezett, Jefferson y Del Pozo, Eliana (2002). *El rol de los servicios de salud en la atención a las mujeres víctimas de violencia sexual*. Bolivia: Ipas.
- Drezett, Jefferson (2003). Manejo integral da violência sexual pelos serviços públicos de saúde. En: Uribe E., R. Billings y D. Billings (eds.). *Violencia sobre la salud de las mujeres. ¿Por qué hoy?* (pp. 164-182). México, DF: Femego e Ipas México.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2006). *Programming to Address Violence against Women. 10 Case Studies*. Nueva York: UNFPA.
- García-Moreno, Claudia, Jansen, Henrica Ellsberg, Mary Heise, Lori y Watts, Charlotte (2005). *The WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Ginebra: OMS.
- Gasman, Nadine; Villa Torres, Laura; Moreno Claudia y Billings, Deborah (2006). Capítulo VI. Violencia sexual en México. En: Secretaría de Salud. *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, DF: SALUD.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2008). *El aborto en los códigos penales de la entidades federativas 2008*. [www.gire.org](http://www.gire.org).

- González Serratos y Leticia, Ruth (2003). Formación profesional en violencia sexual y doméstica. En: *Violencia sobre la salud de las mujeres. ¿Por qué hoy?* (pp. 91-205). México, DF: Femego e Ipas México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2003). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH, 2003). México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2006). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH, 2006). México: INEGI.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Secretaría de Salud (SSA). (2003). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003). Cuernavaca, México: INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2004). *Violencia contra las mujeres, un reto para la salud pública. Informe ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres*. México: INSP.
- Llaguno Aguilar, Ortiz Ramírez, Silvia y Ortiz Ramírez, Olivia (2006). *Guía CRP Conceptos-Referencias-Procedimientos*. México: Ipas, IMDF.
- Offe, Claus (1996). *Modernity and the State, East, West*. Cambridge: the MIT Press.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para”. Belem do Para, Brasil: OEA.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés). Nueva York, EUA: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General*.
- Ortiz, Olivia; Schiavon, Raffaella; Billings, Deborah L. y Troncoso, Erika (2006). Investigaciones en torno a los programas para atender la violencia sexual y de género. Ponencia presentada en el seminario “Respuestas del Estado ante la violencia de género, la violencia sexual y los derechos humanos: agenda posible y agenda pendiente”. En: El Colegio de México, nov. 28, 2006.

- Presidencia de la República. (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. México.
- Ramos-Lira, Luciana, Saltijeral-Méndez, María Teresa Romero-Mendoza, Martha, Caballero-Gutiérrez, Miguel Ángel y Martínez-Vélez, Nora Angélica (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México* (43, 3, pp. 182-191).
- Schiavon, Raffaella; Deborah, Billings; Troncoso, Erika (2007). El papel de la sociedad civil en la prevención de la violencia contra la mujer. *Salud Pública de México* 49 (pp. E337- 340). Edición especial del XII Congreso de Investigación en Salud Pública.
- Secretaría de Salud (SALUD). (2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*. México.
- Secretaría de Salud (SALUD). (2003). ENSAR: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México: SALUD.
- Secretaría de Salud (SALUD). (2004a). *Atención médica a personas violadas*. México: CNEGSR, SALUD.
- Secretaría de Salud (SALUD). (2004b). *Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar*. México: SALUD.
- Secretaría de Salud (SALUD). (2005). *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo*. México: CNEGSR, SALUD.
- Secretaría de Salud (SALUD). (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, DF: SALUD.
- Sexual Violence Research Initiative (SVRI). (2006). Sexual Violence Research Agenda. <http://www.svri.org//agenda.pdf>
- Troncoso, Erika; Billings, Deborah; L. Ortiz, Olivia, y Suárez, Cuautli (2006). *¡Ver y atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual*. Chapel Hill, NC: Ipas.

## ANEXO

### Siglas y acrónimos

AE	Anticoncepción de Emergencia
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
ENVIM	Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
IMDF	Instituto de las Mujeres del Distrito Federal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MP	Ministerio Público
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PGJDF	Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
SALUD	Secretaría de Salud
SSDF	Secretaría del Salud del Distrito Federal
SVRI	Iniciativa de Investigación en Violencia Sexual
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VSVS	Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual



SEGUNDA SECCIÓN:  
SEXUALIDADES, REPRODUCCIÓN Y EROTISMO



## SEXUALIDADES, IDENTIDADES DE GÉNERO Y CUERPO ENTRE MUJERES INDÍGENAS EN CONTEXTOS URBANOS

ADRIANA LEONA ROSALES MENDOZA<sup>1</sup>

*A la memoria de mi madre Olga Leona,  
quien ya no pudo leer lo que aquí escribo,  
aunque solía preguntar, ¿para qué tanto esfuerzo?*

*Para las mujeres indígenas que  
me abrieron sus corazones.*

El propósito de este capítulo es describir y analizar significados conferidos al cuerpo, las sexualidades y las identidades de género entre mujeres indígenas que habitan actualmente en un contexto urbano. Algunas son de ascendencia maya yucateca y otras son nahuas nacidas en la Sierra Norte de Puebla y las Altas Montañas de Veracruz y centro de este último estado. El común denominador de estas mujeres es que nacieron y fueron criadas en el medio rural, y cuando llegaron a la edad adulta emigraron a dos ciudades del país: las mayas fueron a Cancún, las nahuas a la Ciudad de México.

---

<sup>1</sup> Los contenidos forman parte de la tesis de doctorado en Ciencias Antropológicas (UAM-I), *Género, cuerpo y sexualidad. Un estudio diacrónico desde la Antropología Social. Concepciones relativas al género, el cuerpo y la sexualidad en culturas mayas y nahuas prehispánicas y coloniales, y en contextos étnicos minoritarios contemporáneos* (2006). Agradezco al Dr. Mario Humberto Ruz Sosa su atinada dirección y a las doctoras Ivonne Szasz Pianta y Adriana Ortiz-Ortega por su dedicación como asesoras externas.

Doy cuenta aquí de algunos significados y prácticas de la sexualidad con el fin de explicar cómo se han ido consolidando las identidades genéricas dominantes (y cómo surgen las resistencias) en estas mujeres. En las entrevistas realizadas, los varones parecen estructurar su masculinidad en función de prácticas como el adulterio, la infidelidad y la violencia, en tanto que la virginidad, la culpa y el sentido conferido a la maternidad, constituyen parte de la estructura de la identidad femenina dominante.<sup>2</sup>

El concepto de *feminidades dominantes* se utiliza aquí para señalar que existen modelos preestablecidos de ejercer las identidades genéricas, cuyo sustento son los deberes de género que se establecen en función de la diferencia sexual de las personas. Por otra parte, *feminidades resistentes* se refiere a aquellas identidades que son ejercidas con rebeldía, es decir, transgrediendo las normatividades y apuntalando más que los deberes los derechos de las mujeres, así como las estrategias y tácticas utilizadas para revertir el poder (Weeks, 1998b: 199-222; De Certau, 1996: 35-52; Ortner, 1984: 126-163; Heritier, 1996: 287-300; Gutiérrez, 1999: 13-54; Dubet, 1989: 519-545 y Caplan, 1987). Aunque estas resistencias de las mujeres a continuar con ideas y papeles preestablecidos podrían leerse sólo como actos flexibles de una persona o como personalidades variables, he preferido caracterizarlas aquí como identidades de género rebeldes para acentuar el proceso por el que estas mujeres han atravesado a fin de lograr que sus pensamientos y acciones se coloquen en un sitio distinto al subrayado por los mandatos dominantes; proceso a través del cual no sólo se mueven de un lugar a otro sino toman posturas que reafirman tanto su identidad genérica como sus decisiones sobre la sexualidad.

El género, entendido como la construcción sociocultural de la diferencia sexual, está inmerso en las relaciones de poder que se establecen en el campo de las sexualidades. Sugiero que las identidades de género se conforman y reconstituyen a partir de ciertas experiencias de sexualidad, entre otras vivencias, ya que muchas interacciones sexuales se caracterizan por el ejercicio del poder de los hombres sobre las mujeres (Rosales, 1999: 186-187). Estos vínculos son por lo mismo relaciones de conflicto en las que también se

---

<sup>2</sup> Dominante en el sentido de que es la tendencia más común en el ejercicio de la identidad femenina.

pueden generar condiciones para el empoderamiento de las mujeres y para la consolidación de las identidades de género resistentes o rebeldes referidas.

Por otro lado, estimo que los procesos migratorios constituyen para las indígenas entrevistadas ámbitos propicios para lograr una sensibilización de la opresión que padecen como mujeres y, por lo tanto, para empezar a ejercer sus identidades como resistencia.

La sexualidad se entiende como el resultado de complejos procesos socioculturales que aluden a relaciones de poder entre los humanos que conviven en un momento histórico determinado, y que implican la biografía de cada persona. Las sexualidades (y su carácter múltiple y variado) se perciben a través de universos simbólicos (ideas, valores, representaciones, mitos) propios de cada sociedad (Berger y Luckman, 2003; Foucault, 1993; Weeks, 1994: 179-201, 1995: 47-81, 1998c: 175-198; Bozon y Leridon, 1996: 3-25; Vance, 1997: 101-128; Flandrin, 1982: 153-175; Ussher, 1994: 148-175).

El tema de las sexualidades, como objeto de estudio, es complicado porque se refiere a variadas vinculaciones sexuales entre hombres y mujeres, a las relaciones heterosexuales, homosexuales y bisexuales, a las relaciones placenteras o violentas, y a actividades sexuales que no son íntimas (Weeks 1998a: 20), además de prácticas que no necesariamente se desarrollan en la interacción con otras personas, como el autoerotismo y la utilización de fetiches sexuales.

Las sexualidades se construyen en el ámbito colectivo, pero también en el subjetivo, lo que permite a cada cual elegir y decidir, por supuesto, en condiciones delimitadas histórica, social y culturalmente. Las sexualidades conciernen a los espacios tanto privados como públicos, pues atañen a las relaciones íntimas entre personas, así como también al poder que se ejerce, por ejemplo, con la comercialización del sexo. Las sexualidades envuelven a menudo controles sobre el cuerpo.

Siguiendo a Carol Vance (Vance, 1989: 51 y ss), se puede decir que las sexualidades implican tanto placer como peligro, pues se puede gozar y padecer en ellas. Asimismo, las interacciones sexuales se experimentan con afecto, con amor, por conveniencia o por acuerdo y también mediante la violencia.

En culturas occidentales, las sexualidades pueden envolver expresiones eróticas y sensuales, el deseo, el cortejo, las palabras, las miradas, los be-

sos, las fantasías, los sueños eróticos,<sup>3</sup> el coito y las caricias no genitales. Pueden ser placenteras o no serlo; pero se encuentran, por regla general, inmersas en sistemas de relaciones de poder ordenados por el parentesco, el género, el Estado, las formas de organización económica, política, social y cultural, y las normatividades institucionales, etcétera (Szasz, 1998: 17).

Este capítulo contiene cinco apartados. En el primero se presentan las consideraciones metodológicas; se habla de las sujetos de estudio y sus comunidades de origen; el segundo se refiere al contexto en el cual estas mujeres construyen y reconstruyen sus sexualidades y sus identidades de género, así como su relación con el cuerpo; en el tercero se habla de la organización cultural del género y la sexualidad en los contextos de origen de las informantes; el cuarto se concentra en las mujeres de origen maya y en cómo conciben el género, las sexualidades y el cuerpo, y el quinto aporta elementos para entender lo anterior entre las mujeres nahuas.

#### ENFOQUE METODOLÓGICO:

##### LAS ENTREVISTADAS Y SUS COMUNIDADES DE ORIGEN

Las mujeres fueron entrevistadas durante el trabajo de campo que se desarrolló en las ciudades de México y Cancún entre septiembre de 1999 y julio de 2003. Las primeras informantes, en ambos contextos, ya habían sido entrevistadas en trabajos de investigación previos; ellas fueron la puerta de entrada para conocer a otras personas, algunas de las cuales accedieron a ser entrevistadas. En ambos sitios desarrollé lo que se conoce como observación participante, es decir, conviví con ellas en sus contextos familiares y recreativos, y tomé notas en un diario de campo. Además de grabar en audio, anoté los aspectos relevantes de su vida cotidiana, relaciones familiares y ciertas tradiciones de sus lugares de origen que prevalecen en sus nuevas residencias. También hice notas sobre sus actividades de esparcimiento en los lugares que frecuentan, como “El Crucero” en Cancún o la “Alameda”

---

<sup>3</sup> No obstante, explorar tanto las vivencias autoeróticas como las fantasías y los sueños eróticos rebasaría el objetivo de este trabajo.

en la Ciudad de México; apuntes que fueron útiles para reconstruir algunos aspectos de las relaciones de género y sexualidad. Estas “inmersiones etnográficas” –consistentes en permanecer en el lugar por varias horas y en forma frecuente– fueron de gran utilidad para observar los vínculos afectivos que establecen las mujeres indígenas jóvenes en el entorno urbano. Visité sus hogares, sobre todo, entre las mayas, pues las nahuas, al ser en su mayoría empleadas domésticas, viven casi todas en las casas de sus empleadores. Considero que estas “inmersiones” contribuyeron en mi interpretación sobre cómo construyen sus espacios genéricos, pues una de las cosas que observé es que las conductas –en esos espacios públicos– se repiten a manera de rituales.

La primera entrevista que hice a todas las mujeres fue diseñada como una historia de vida, a través de la cual pude explorar los vínculos de noviazgo, matrimonio o unión que establecen, así como las normatividades en torno a las sexualidades e identidades genéricas. En este primer encuentro permití que cada una contara su historia de vida de forma espontánea, alentándolas a que platicaran lo que consideraban más relevante a manera de relato, para lo cual traté de no interrumpir con preguntas que las llevaran a argumentar sobre los temas. En un segundo momento utilicé un guión semiestructurado o guía de entrevista que surgió de las anotaciones resultantes de la conversación que sostuvimos y que fueron consideradas como temas de interés para la investigación. Para explorar los aspectos culturales que influyen en la estructuración de las identidades de género efectué entrevistas adicionales (en profundidad). Éstas fueron realizadas a tres mujeres de origen nahua y dos de ascendencia maya (del mismo grupo de mujeres), quienes refirieron con mayor detalle ciertos aspectos de la organización del género dentro de sus grupos étnicos, sus comunidades y en su nueva residencia.

En este capítulo incluiré testimonios de 13 mujeres. Ocho son de origen maya yucateco y cinco de ascendencia nahua. De estas últimas, dos crecieron en San Andrés, municipio de Ahuacatlán en la Sierra Norte de Puebla; dos en Acatitla en el municipio de Astacinga de las Altas Montañas de Veracruz, y la otra en una región rural del centro del estado: Jalacingo, Veracruz. Las mayas son oriundas de las comunidades de X-Can (dos de ellas), Temax, Dzitás, Espita, Tunkás, Chemax y Valladolid, todas

poblaciones del oriente del estado de Yucatán. El interés por entrevistar mujeres indígenas en las ciudades de Cancún y México fue orientado por mi inclinación hacia las pautas culturales de género y sexualidad entre mujeres de origen indígena y rural. Interactuar con personas inmigrantes me permitió superar la limitación que me imponía el idioma, pues no hablo ninguna lengua indígena, en tanto que las informantes sí dominan el español. Ellas tienen entre 18 y 48 años de edad, a excepción de dos de las mayas que son mayores de 60 años. Fue interesante observar que las mujeres sin escolaridad poseen menor capacidad de argumentación para explicar el porqué de las cosas o el porqué de sus actos; pero fueron, al mismo tiempo, quienes hablaron “a corazón abierto” de su vida, sus relaciones con los hombres, de “lo que somos las mujeres” y de su sexualidad pocas veces placentera.

El cuerpo fue uno de los temas más difíciles de abordar, a todas les costó trabajo expresarse con respecto a él, y se dieron innumerables silencios, los cuales, sin duda, dicen algo. Otras prácticas sexuales –como la homosexualidad– no fueron referidas por ninguna de las mujeres, quizá porque todas declararon tener un varón como pareja, o bien, porque resulta un tema difícil de tratar y de enfrentar.

### EL CONTEXTO PARA ENTENDER LA CONSTRUCCIÓN DE LAS FEMINIDADES, LAS SEXUALIDADES Y EL CUERPO ENTRE LAS MUJERES INDÍGENAS URBANAS

Los contextos en los que las mujeres indígenas construyen y re-construyen sus identidades de género, las sexualidades y el cuerpo, están mediatizados por distintas experiencias, entre ellas destacan la de realizar un trabajo remunerado (sobre todo las de origen nahua) y la migración, en todos los casos, ya que nacieron y crecieron en el ámbito rural y viven actualmente en uno urbano. Las ciudades a las que emigraron son muy distintas entre sí, y dentro de cada ámbito existen particularidades en cuanto a las formas de entender las sexualidades, el ser mujer y el cuerpo femenino; especificidades que dependen de variables como el sexo, la edad, la condición socioeconómica y el grupo étnico al que pertenecen.

El cuerpo y las sexualidades se definen a partir de las mediaciones de género y de los significados sociales y culturales construidos e implementados en las comunidades de origen; reflejan los valores adquiridos a partir de experiencias pasadas, pero en su interacción con los nuevos valores que se expresan en donde ahora habitan. De todos los cambios producidos a raíz de la migración, las estructuras familiares son las más afectadas, pues no sólo se producen efectos en la relación de pareja, sino también con (y entre) los hijos y otros familiares que atraviesan el mismo proceso. Estas mudanzas conllevan muchas contradicciones porque las personas deben adaptarse a otras formas de relación, que se ven influidas por diferentes pautas culturales, por distintos estilos de vida, por el acceso al empleo, o a otro tipo de trabajo, y por el intercambio de ideas y prácticas genéricas y sexuales. Así, el sistema de normas y creencias de género y el orden jerárquico que determina la inferioridad y subordinación de la mujer –de raíces ancestrales en culturas rurales indígenas– se reproduce y se consolida en antiguas y nuevas prácticas cotidianas (Marroni, 2004: 195-196).

En términos generales se puede decir que todas las mujeres fueron criadas en un ambiente respaldado por los valores morales de la religión católica (Castañeda y Zavella, 2004: 78). Sin embargo, no todas sus prácticas se basan en estos valores, ya que los han ido modificando y adaptando a nuevas realidades. El noviazgo es un tanto más libre en el ámbito urbano que en el rural, ya que las jóvenes tienen oportunidades para conocer varones en las escuelas o los sitios de recreación, según sea el caso. Continúan existiendo arreglos matrimoniales pero cada vez son menos, ya que algunas de las mujeres han tomado conciencia de su derecho a elegir. Esto, por supuesto, no elimina la subordinación y la opresión de que son objeto. Los hombres siguen teniendo privilegios, muy especialmente en el ámbito de la sexualidad; pueden ser infieles con mucha mayor libertad que las mujeres. Para ellas el matrimonio continúa siendo casi la única alternativa.

La sexualidad femenina se ve ceñida a prácticas que privilegian la procreación y la maternidad. Las expresiones de deseo sexual son reprimidas por el entorno familiar y por las mismas involucradas. Muchas de estas prohibiciones tienen que ver con los valores morales inculcados, cuyo sustento, como se dijo antes, se encuentra en la religión católica. La virginidad se considera el don

máspreciado en las mujeres, por lo que los padres ponen mucho empeño en lograr que sus hijas interioricen ideas y creencias al respecto. Aunque se habla de una mayor libertad sexual, las propias mujeres refuerzan un papel femenino centrado en la “espera” del varón con quien se casarán y tendrán hijos.

Por otra parte, se reproduce la idea del hombre “irrefrenable” sexualmente, pues se cree que el varón en “esencia” contiene una mayor potencia y deseos sexuales, lo que favorece las prácticas sexuales premaritales y extramaritales en ellos. La construcción de la masculinidad se encuentra sostenida (en mucho) por la infidelidad conyugal de los hombres. Al mismo tiempo, al generarse conflictos en la pareja por la infidelidad masculina se suscitan actos de violencia contra la mujer en diversos planos, tanto de manera física como sexual, psicológica y económica.

Los vínculos sexuales son un tanto más abiertos, aunque quizá sea sólo porque en los contextos urbanos la gente se torna invisible ante los demás debido a la dinámica propia de las urbes. Este anonimato permite, sin duda, expresar de manera distinta lo corporal y las sexualidades.

Para las mujeres nahuas que inmigran a la Ciudad de México, la experiencia implica un cambio brutal que va de la vida en la montaña, con sus árboles, plantas, ríos, animales; siembra en la milpa, preparación del nixtamal para “echar” tortillas al comal, bordados y confección manual de sus atuendos, etc., a un ambiente caracterizado por el gris de sus paisajes, con enormes edificios, avenidas inmensas, amplias plazas, comercios, grandes almacenes; gente por doquier, y varios tipos de transporte público, de los cuales el “metro” es el medio que más utilizan..

Del ambiente familiar que prevalece en sus comunidades pasan a formar parte de la servidumbre de las familias de clase media o alta de la Ciudad de México, pues se emplean –al menos en los primeros años de su estancia en la ciudad– como empleadas domésticas. En este ambiente general, el contexto en el que viven su sexualidad y van re-construyendo su sentido de ser mujer y su cuerpo es por regla general hostil. Discriminadas por su condición indígena se integran a las redes de apoyo ya existentes, es decir, aquellas formadas por amigas o familiares que emigraron tiempo atrás a la gran urbe. Estas otras mujeres indígenas las ayudan a conocer distintos sitios de interés, les dan consejos y las previenen de los actos

de violencia que pueden ser cometidos en su contra por su condición de género y etnia.

Las mujeres indígenas de origen nahua se enfrentan en la Ciudad de México a un sistema económico –enmarcado en la denominada mundialización cultural– que privilegia la capacidad de convertirse en “alguien” a través del dinero y la asimilación a la vida “moderna”. Así, la compra de mercancías diversas se convierte en un hecho importante en sus vidas. Adquirir una radio o un televisor y ropa acorde a la ciudad se constituye en algo que ellas anhelan. Al ser atrapadas por esta lógica de la mercadotecnia cambian sus anteriores atavíos por otros más “modernos” y se apenan de hablar náhuatl en público, aunque lo siguen haciendo entre ellas. Al aprender español (las que no lo saben) tienen mayores oportunidades de conocer jóvenes varones para relacionarse.

Estos vínculos afectivos con los hombres ocurren generalmente los días de descanso, es decir, los domingos, y frecuentemente en la “Alameda”, como se verá más adelante. Este es uno de los contextos sexuales en los que se desenvuelven, y en el que inician los primeros contactos (caricias, besos, abrazos, tocamientos corporales) para pasar después a encuentros más íntimos, tal vez, en un hotel, lugar que las nahuas refieren con cierta frecuencia. Sin embargo, hay otros contextos sexuales como, especialmente, el ámbito doméstico, en el cual se convierten en “presas fáciles” de los varones de la casa. Las nahuas entrevistadas refieren situaciones de acoso e incluso abuso sexual por parte de los patrones o los hijos de éstos, aunque no en todos los casos, ya que muchos les dan un trato digno y las respetan.

Hay que recordar que una práctica común durante la Colonia fue el “derecho de pernada”, el cual consistía en que el dueño de la casa o hacienda podía disponer sexualmente de la esposa de sus peones o trabajadores el día de la boda; situación que siguió reproduciéndose hasta bien entrado el siglo XX en ciertos contextos rurales. En la actualidad continúa siendo común el acoso sexual hacia las mujeres indígenas que trabajan como empleadas domésticas, lo que constituye, sin duda alguna, una más de las formas en que el poder masculino se ejerce en el medio urbano.

Por otra parte, el contexto de sexualidad de las mujeres mayas en Cancún no difiere mucho si se trata de empleadas domésticas. Entre las que

son amas de casa, dicho ámbito se enmarca en discursos que promueven la ingenuidad, el recato y el sentido maternal; no se concibe que se desee tener sexo sólo por placer. Aunque durante el noviazgo se permiten ciertas libertades y llegan a tener relaciones sexuales, por regla general esperan establecer una relación duradera con la pareja. Estos encuentros sexuales se constituyen en el preámbulo para llegar al matrimonio, a veces por un embarazo no planeado, pero siempre deseado.

El contexto en el que experimentan la sexualidad es un tanto más laxo que para las mujeres de ascendencia nahua, por múltiples motivos, ya sea porque el clima les permite usar ropas más ligeras, o porque tienen encuentros afectivos en la playa y en la escuela, o bien, por la dinámica de una ciudad turística. Aunque a diferencia de las nahuas, casi siempre emigran en compañía de sus padres, esposos, hermanos u otros familiares; el ambiente es más relajado y el lenguaje corporal y las expresiones son menos rígidas que en la Ciudad de México.

En Cancún la dinámica social presenta las particularidades propias de cualquier centro turístico; el comercio sexual representa una parte importante de la economía local. La prostitución y la pornografía han alcanzado a sectores de la población infantil y juvenil, incluyendo aquella de origen indígena cuya vulnerabilidad debido a factores económicos es mayor. Los turistas nacionales e internacionales arriban, muchas de las veces, en busca de emociones y placeres que en sus lugares de origen no encuentran, lo que fomenta el desarrollo de una gran industria en torno a las sexualidades. De esta forma, el cuerpo –sobre todo el femenino– representa un negocio que produce enormes ganancias a grupos y redes de comercio sexual tanto nacionales como internacionales. Las mujeres indígenas en su mayoría de origen maya yucateco, aunque también de otras etnias mayences como tzeltales y tzotziles, choles, tojolabales (quienes últimamente están llegando a vivir a la ciudad), constituyen parte de este potencial mercado de cuerpos y placeres. La exacerbación en la exhibición de cuerpos de mujeres exuberantes, de todos los tipos, propicia que las indígenas se vean inmersas en situaciones de prostitución y pornografía turística.

Ciertos significados de la sexualidad (por ejemplo, el que se confiere a la virginidad o la expresión de la sexualidad en determinadas mujeres), apun-

talán las normatividades de género y se hallan también presentes en las distintas culturas indígenas del país. La fuerte valoración conferida tanto a la virginidad femenina como a la maternidad aparece en todos los testimonios de las informantes, por lo que se puede afirmar que estas dimensiones de la sexualidad femenina son normadas por la construcción de género. La identidad genérica se conforma, a menudo, mediante la subordinación, la opresión y la violencia (Rosales, 1999: 191-192).

El universo simbólico en que se tejen las ideas y prácticas de género y sexualidad entre las mujeres indígenas de este estudio, se encuentra atravesado tanto por el contexto rural en el que se criaron como por el medio en el que ahora habitan. Lo que hasta ahora he podido observar es que existe un modelo dominante de ejercer la feminidad, y que la sexualidad influye en la configuración de ese modelo entre todas ellas, con algunas diferencias.

## LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL DEL GÉNERO Y LAS SEXUALIDADES EN COMUNIDADES INDÍGENAS

Hablar de las comunidades de origen de las entrevistadas nahuas es difícil si tomamos en cuenta que ellas proceden de al menos tres regiones (Altas Montañas, centro de Veracruz y Sierra Norte de Puebla). Sus pueblos, aunque se clasifican como espacios habitados por nahuas, presentan particularidades debidas a los entornos geográfico, político y económico. En este sentido, sólo describiré algunos de los aspectos comunes de la organización social que se presentan entre ellos. En general, el patrón de residencia es virilocal, es decir, después del matrimonio la pareja vive con los padres del novio por un tiempo hasta que adquiere la capacidad económica para habitar su propia casa. En comunidades nahuas de las Altas Montañas de Veracruz y de la Sierra Norte de Puebla la división sexual del trabajo es marcada, las mujeres se dedican a las labores domésticas, el cuidado de los hijos, los ancianos, los enfermos, así como a la preparación de los alimentos; aunque también apoyan a los varones en el corte de café y otras actividades agrícolas. Además trabajan en la fabricación de artículos de cerámica, ya sea para uso ritual o de comercio, y en la confección de ropas tejidas o bordadas, en-

tre las que destaca el *mamali* (tipo de rebozo). La cestería es una actividad predominantemente realizada por los hombres, aunque las mujeres y los niños colaboran en algunas tareas asociadas con su producción (Masferrer y Báez, 1995: 167-206).

Particularmente entre los nahuas asentados actualmente en la huasteca veracruzana (Vargas, 1995: 105-166) se incluye una visión del mundo y el cosmos –sustentada en el pasado y en lo contemporáneo–, la naturaleza, las tradiciones, el saber empírico, el cuerpo humano, la medicina y la herbolaria, las mitologías y los rituales; los valores éticos y morales, y las ideas político-sociales.

La población nahua posee varias características comunes: el uso de una lengua indígena y de una vestimenta distintiva, sobre todo entre las mujeres, la vigencia de una estructura civil y religiosa, la celebración de rituales, la preservación de una cosmovisión, una ideología. El mantenimiento de relaciones recíprocas [...] así como la práctica de una agricultura ancestral de tlacolol [...] y por supuesto la actividad económica que realizan (producción y comercialización de artesanías), entre otras formas (costumbres) que le dan cohesión e identidad de grupo a la población [...] (Catalán, citado por Villela 1995: 205-206).

Por otro lado, los mayas del oriente de Yucatán se dedican a las actividades agrícolas, la cría de animales, la apicultura, la caza, la producción de cestería y la peletería, principalmente. El patrón de residencia es también virilocal pero, sobre todo, entre los quintanarroenses se acostumbra que los cónyuges vayan a vivir a casa de los padres de la novia. El matrimonio entre personas de la misma comunidad sigue vigente, pero cada vez es más frecuente que se vinculen individuos de distintos grupos étnicos (Bartolomé, 1988: 257-325). La división de tareas con base en el sexo continúa siendo lo más común. En las comunidades rurales las mujeres realizan las diligencias domésticas, se ocupan del urdido de hamacas y la confección de hipiles y bordados, crían animales de corral y cultivan pequeños huertos. Llevan a cabo actividades mercantiles y trabajo agrícola, específicamente durante la siembra y la cosecha (Daltabuit, 1992). Los hombres se dedican principalmente a los trabajos del campo y al comercio, y ocupan los cargos religiosos y políticos de mayor estatus.

Entre los pobladores mayas de la región norte de Quintana Roo (donde se ubica Cancún) existen diferencias debidas a su posición socioeconómica, quienes poseen más dinero pueden construir sus casas de tabique, con pisos de cemento o mosaico y comprar ciertos aparatos electrodomésticos, o ser propietarios de un automóvil o de un camión (Daltabuit, 1992), mientras que los pobres se ven en la necesidad de vender su fuerza de trabajo en ciudades de la región peninsular, o bien, emigran a otros lugares del país o del extranjero.

Así, es imposible parangonar en términos de igualdad socioeconómica e incluso cultural –hilando fino– a un maya asalariado temporal en el emporio turístico de Cancún, con aquél de la región henequenera que malamente sobrevive con la pensión que le otorga el Estado; con el maya habitante de la región campechana de Los Chanes, empeñado en obtener del magro *humus* selvático su sustento diario, o con el que divide la jornada laboral entre la maquiladora instalada en su pueblo y su pequeña parcela de cítricos (Ruz, 2002: 9).

Subrayando las diferencias anteriores, en las sociedades indígenas rurales prevalece un modelo genérico tradicional, es decir, un *corpus* simbólico basado en ciertos principios culturales mediante los cuales se asigna a cada persona un lugar específico de acuerdo con su sexo y edad. Las mujeres tienen escasa capacidad de autonomía, por lo que la identidad de género se sustenta en el reconocimiento de los otros y en los papeles sociales que se asignan (Oehmichen, 2000: 91). La jerarquía, la posición, los deberes y derechos se inscriben en las representaciones de una forma particular de entender y expresar el papel social que a cada uno le toca desempeñar (Alberti, 1994, pp. 38-39). En esta lógica del pensamiento las mujeres están relegadas al ámbito doméstico y a las labores remuneradas de menor jerarquía.

La asignación genérica entre indígenas se relaciona con la concepción de la dualidad como complemento, en la cual tanto la participación de la mujer como la del hombre son importantes; la mujer depende tanto del varón como éste de aquella. La identidad de género se encuentra en relación estrecha con la adscripción étnica, en virtud de una cierta homogeneización de los patrones culturales del grupo, en la cual tanto las actividades desempeñadas por las mujeres como las que efectúan los hombres son tenidas

como complementarias y, por tanto, fundamentales para la reproducción de las relaciones sociales.

Una pregunta que queda abierta todavía es, ¿no será que al ver los sexos como complementarios, y dividir lo femenino y lo masculino en dos espacios que se excluyen, pero se complementan, se contribuye a reforzar y perpetuar la desigualdad y las jerarquías de género? Si bien en el pasado precolombino algunas deidades mesoamericanas poseían advocaciones tanto masculinas como femeninas, así como cualidades capaces de generar el bien o el mal, y toda persona/cuerpo tenía características positivas y negativas, el valor que se confiere a las mujeres y lo femenino fue (y sigue siendo) inferior. La concepción de la dualidad complementaria no contribuye a una relación más equitativa y sí reproduce la división de las tareas de acuerdo con el sexo, como puede apreciarse en el siguiente testimonio de una mujer maya:

Entonces íbamos a lavar, me llevaba su lavado de su hermano para hacer, creo que su hermano se lo contó a él, y él empezó a dar vueltas. Mi madrastra decía, ahí está lavando... pásale; ahí pasa, y pos yo no lo conozco, nunca he hablado con él, ni nada, pero me dice, ¿qué haces ninia? Toi lavando le digo, ¿y por qué lavas mucho? Pues toda la ropa de mis hermanitos, de mi papá. ¿Y todo eso haces? Sí, yo le contestaba. ¡Ay qué mala es tu madrastra que te pone a trabajar mucho! Pues sí ni modo, si no lo hago, no como, le digo. Así era ella. Entonces le dice a mi papá, sabe señor, me quiero casar con su hija [...]. Tons se apuró a trabajar, se compró la ropa, lo mandó hacer [...]. Así fueron creciendo mis hijos, lo que su papá les diga, lo que yo les diga [...]. Nosotros nos llevamos bien, él no era de salir, le gustaba su trabajo, se dedicaba a su trabajo para que no nos haga falta (Jacinta, maya, Yucatán).

Dado que el género implica símbolos culturales, conceptos normativos, nociones políticas e institucionales y elementos subjetivos (Scott, 1997: 272), la identidad de género se va construyendo no sólo en la interacción con los otros miembros de la comunidad, sino con base en el contexto socio-histórico, económico y político tanto local como nacional. Se asume la identidad a través de un proceso que implica una “dialéctica” entre la “auto-identificación” y la “hetero-identificación”, es decir, entre la “identidad objetivamente atribuida” y la identidad “subjetivamente asumida”, con lo cual se facilita

la ejecución de ciertos “roles” o papeles (Berger, y Luckmann 2003: 162-163). Es precisamente este proceso dialéctico el que permite la salida de lo que Pilar Alberti denomina el “mito de las mujeres indígenas cosificadas”, es decir, aquel que las concibe como personas sin capacidad de decisión, iniciativa y/o influencia en su medio ambiente o como entes pasivos y receptivos que actúan conforme lo dicta el colectivo. El concepto de “capacidad estratégica del sujeto”, de Dubet, es útil para señalar que las indígenas y mujeres rurales también ejecutan acciones a través de sus valores, estrategias e intereses propios, y lo hacen muy particularmente mediante una capacidad subjetiva que afirma su carácter activo. Esto permite el desplazamiento de la sujeción que ejercen las instituciones a una forma de “disposición de sí mismas”, con lo que cada una participa en la construcción de la historia social y de su propia biografía.

Lo anterior podría parecer contradictorio pues, por una parte, he señalado que en comunidades indígenas es la propia comunidad la que “autoriza” a las mujeres ciertos espacios; sin embargo, si bien las mujeres son depositarias de un cúmulo de concepciones culturales que constriñen a ciertos espacios, también es cierto que muchas veces se resisten a ser sometidas y modifican con sus acciones estratégicas los papeles y los espacios genéricos asignados.

## GÉNERO Y SEXUALIDADES

### ENTRE LAS INFORMANTES MAYAS DEL ORIENTE DE YUCATÁN

Sentirse maya se vincula con un sentido profundo de identificación con la comunidad, con ideas y prácticas que perviven a pesar de la inmigración. Un ejemplo de estas persistencias étnicas es la celebración en Cancún de ciertas fiestas religiosas que se llevaban a cabo en su lugar de origen. El día seis de enero festejan la fiesta de los reyes magos en forma peculiar. Todas las mujeres suelen vestir el hipil de gala (terno), aunque no todos los varones llevan el traje a la usanza típica. La fiesta comienza el día cinco con el Baile de la Cabeza de Cochino interpretado por las y los jóvenes solteros. Al día siguiente se realiza una procesión por la región (colonia) cargando las imá-

genes de barro de los reyes magos en una charola; luego todos acuden a la casa del mayordomo donde se celebra la fiesta en la que se sirven antojitos típicos como cochinita pibil, cervezas y refrescos. Aquí se lleva a cabo nuevamente el Baile de la Cabeza de Cochino y otras danzas interpretadas por la banda de música que ha venido del pueblo. La danza tiene una finalidad expresa: que los solteros se relacionen, coqueteen y tengan la oportunidad de elegir una pareja. Tanto las muchachas como los jóvenes ponen muchísimo cuidado en su arreglo corporal. Los hipiles son un símbolo de distinción, pues las mejores bordadoras o aquellas con más recursos económicos para adquirir un hipil, visten atuendos más elaborados, elegantes y hermosos. Este es uno de los espacios culturales en donde el género y el cuerpo –a través del cortejo– se manifiestan.

En la vida diaria las mujeres mayores siguen utilizando el hipil y expresándose en maya, pero las jóvenes prefieren usar playeras, *shorts* o pantalones, y en vez de aprender su idioma estudian inglés porque eso representa conseguir mejores empleos en la industria del turismo. Esto significa que los referentes de la pertenencia étnica varían; no es que las jóvenes no se sientan mayas, sino que están experimentando su ser mujer de otro modo.

Una de las informantes y sus hijas entablaron conmigo la siguiente conversación a propósito del uso del idioma maya y del hipil:

-Sí, ya hasta ahora hablo maya.

-¿Y sus hijos?

-Pues, este, las primeras sí, como por ejemplo, mi hijo Abraham habla maya, mi otra hija que se llama Deisy también, pero ya las demás ya no, las demás ya no.

-¿Por qué?

-Pus fijate, todas lo entienden, pero nadie lo habla, ellas entienden. Entonces ellas platicaban con mi suegra, a pesar de que no saben hablar en maya, pero le entendían a mi suegra y mi suegra, que ella habla pura maya, también les entendía a ellas.

-Y su vestido está muy bonito, ¿es un hipil bordado a mano, verdad?

-Es típico, es bordado a mano, se le dice hilo contado, que muchos le dicen punto de cruz, es punto de cruz, pero nosotros los mayas le decimos hilo contado porque aquí tienes que contar las cositas estas que haces. Si le pones una más, ya se echó a perder, por eso le dicen que es hilo contado.

-¿Y ustedes ya no usan el hipil? [Les pregunto a sus dos hijas jóvenes sentadas junto a nosotras.]

La verdad ni lo uso, yo tengo mi terno, yo tengo mi terno, pero no me gusta (Remedios, maya, Valladolid).

Otra de las mujeres entrevistadas comentó al respecto lo siguiente:

-¿Quién usa hipil?

-Mi mamá, mis tías, todas casi; pero aquí mis hijas ya no quieren porque dicen que *les da pena* [cursivas mías], y ya mejor usan otras ropas [...]. Pues allá en Chemax habla pura maya (Nelsy, maya, Chemax).

Tanto el uso del idioma maya como del atavío representan para las jóvenes un estigma, dada la discriminación imperante en el medio urbano de Cancún. Esto afecta también sus significados de la sexualidad, pues una de sus expresiones se plasma en el atuendo (como medio de seducción). Al parecer, se perciben como más coquetas y deseables para los varones si se visten con prendas de corte occidental. Emerge otro sentido de ser mujer maya al lucir minifaldas, *shorts* y “ombliagueras”, al cortarse y teñirse el cabello y hablar inglés, pues de esta manera existen condiciones para la seducción y para entrar al “mercado de la competencia matrimonial” con otras mujeres, incluso extranjeras. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el dejar el hipil puede representar para ellas ciertas rupturas con lo preestablecido, con los lazos comunitarios y familiares, y constituirse como un espacio para la búsqueda de autonomía con miras a disponer de sí mismas.

Por la influencia de los medios de comunicación, las jóvenes mayas se sienten “integradas” a la nueva vida citadina. Un *slogan* que se remonta a la década de 1980, y que presenta en la radio y la televisión a personas provenientes de diversos lugares del país, dice para el caso de las mayas: “Yo soy Lidia y nací en Espita, Yucatán; pero ahora soy orgullosamente cancenense”. De estos medios de comunicación, así como de las revistas toman “modelos femeninos internacionalizados”. Como se ve, la permanencia –pues no dejan de sentirse mayas– y el cambio, generan nuevas formas de pertenencia cultural y otras maneras de vivir su identidad.

Pero ya luego vinieron para acá y ya no quieren regresar. Mis hijas trabaja acá, limpia en casas, así con señoras. Una ya terminó la secundaria y quiere estudiar, ¡ay!, ¿cómo se llama eso?, computación, así dice. Pero ya no quiero que estudie porque allá van *dzules* y *xuumas* (así que no son mayas) (Nelsy, maya, Chemax).

Las mujeres mayas entrevistadas se han adaptado a su nueva forma de vida que incluye el trabajo remunerado y la asistencia a la escuela, pero debido al sentido de pertenencia que guardan con su comunidad excluyen a los otros —o se autoexcluyen— de los espacios en que pueden participar, como es visible en el relato anterior. Las expresiones *dzules* y *xuumas* aluden de forma peyorativa a las personas que no son mayas.

Se perciben indígenas de esta etnia no porque hablen maya ni porque vistan el hipil, sino porque continúan con ciertas prácticas culturales vigentes en sus comunidades. Una de las más importantes, y que tiene que ver con el profundo respeto que sienten por la tierra y los frutos que ésta provee, es el ritual para pedir por buenas cosechas: la ceremonia de *cha'a chac*.

-¿Qué es lo que más te gusta de ser mujer maya?

-Pues lo que más me gusta es que siembra allá en la casa. Tengo mis chiles, mis rábanos, calabaza, así o también tenía mis animales, puercos. Acá no puedo porque no hay dónde. Está chico y luego cuando llueve se inunda [...] pero mis hijas ya no quiere ir para el pueblo.

-Y cuando en tu pueblo no llueve por un tiempo, ¿qué hacen?

-Pues va a pedir por agua el *b-men*, con otros señores (Nelsy, maya, Yucatán).

Rituales como el *cha'a chac* han entrado en desuso en el contexto urbano en el que habitan; sin embargo, cuando regresan a sus pueblos siguen participando en ellos:<sup>4</sup>

*Cha'a chac*... los hombres, los puros hombres porque las mujeres no pueden ir, no van.

Las mujeres no pueden ir, ni las niñas, pero mi marido me platicó, están los sapos [los

<sup>4</sup> Ya he comentado que cada vez menos se realiza esta ceremonia. Con la migración tanto nacional como internacional, los varones han ido abandonando el campo y, por tanto, también rituales de este tipo. Recientemente (julio de 2007) un hombre joven en Cancún me contó que los ancianos que celebraban el *cha'a chac* ya habían muerto y no habían enseñado el ritual a otros hombres, por lo que ya nadie en su pueblo, Calotmul, acude al monte a pedir agua a los chaques.

niños que personifican a los sapos], están las chachalacas. Mi marido, él se va allá, y luego cuando están hablando canta ese *h-men*, porque así lo dice de ese hombre, *h-men*, *cha'a chac* [la informante habla en maya: “*nob hut bil, ne hel bil, bisba checal pela bi*”, dice] (Nicté, maya, Espita).

Entre los mayas yucatecos los contextos femeninos y masculinos se encuentran bien delimitados, son territorios de inclusión y exclusión; pero, sobre todo, las que quedan fuera son las mujeres. El *cha'a chac* es un ritual que celebran los varones, ejecutado por *h-men* del pueblo, quien emplea su *saastun* o piedra de luz para saber si los panes de maíz y pepita destinados a los santos que harán llegar las lluvias (chaques, Balam Kol, Miguel Arcángel, Lázaro, santo Tun) se han cocido (Ruz, 2000: 107-136). Este tipo de rituales tiene relación con la posesión de los bienes simbólicos que de acuerdo con Bourdieu:

Imponen la subordinación de la reproducción biológica a las necesidades de la reproducción del capital simbólico. En el ciclo de la procreación al igual que en el ciclo agrario, la lógica mítico-ritual privilegia la intervención masculina, siempre caracterizada, con motivo del matrimonio o del principio de las labores, por unos ritos públicos, oficiales y colectivos en detrimento de los periodos de gestación, tanto el de la tierra [...] como de la mujer [...] (Bourdieu, Pierre, 2000, p. 63).

Un ritual celebrado por la madre y una madrina (pero que también puede ser ejecutado por hombres) y que se sigue celebrando en Cancún es el *hetz-mek*. Este rito tiene la finalidad de inducir a los pequeños al mundo femenino o masculino. El *hetz-mek* se realiza cuando la pequeña tiene tres meses, número que corresponde con las piedras que forman el fogón, en tanto que en los varones es a los cuatro meses, número vinculado con las cuatro esquinas de la milpa. El altar del hogar se dispone con imágenes religiosas, flores, velas encendidas y un sahumerio, y se colocan los alimentos que se han preparado para la ocasión. El bebé que hasta entonces había permanecido en la hamaca es cargado por la madrina a horcajadas, para dar varias vueltas alrededor de la mesa o del cuarto y volver luego hasta el altar. Ahí se encuentran varios objetos pequeños que servirán para el ritual. Si la

ceremonia corresponde a una niña, la madrina coloca en sus manos pequeños objetos como agujas, piedras para moler, un comal, tijeras, hilo, es decir, aquellos utensilios que pueden ser útiles para sus futuras actividades en el espacio doméstico. En cambio, si es un varón, se ponen en sus manos una coa, un machete, un mecapal, un rifle, o sea, aquellas cosas que pudieran servir para efectuar “acciones varoniles” (Marion, 1994: 19-52). Recientemente se han incorporado otros implementos: en el área de Carrillo Puerto, en Quintana Roo, se les puede dotar de un diccionario de inglés, el cual es útil para acceder a un buen empleo en el sector turístico;<sup>5</sup> en el oriente de Yucatán –alrededor de Valladolid– se han empezado a brindar cuadernos y lápices para propiciar que tanto las mujeres como los hombres asistan a la escuela, lo cual se pone de manifiesto en el siguiente relato:

A la niña van a dar aguja en su mano, con una hilera, con una tela, eso va a aprender; al hombre no, le vas a dar la coa, hacha, su sabucán, su garrafón de agua, su huaraches y su cuaderno y su lápiz, eso va a aprender; que aprenda ir en la escuela, *también la mujer* (cursivas mías). Por ejemplo, agarras así [toma un cuaderno que está en la mesa] y le dices: esto vas a aprender cuando vayas en la escuela, al niño y a la niña, a los dos, y empiezas a dar la vuelta nueve veces de la mesa. Entonces, en medio de la mesa vas a poner, este..., pepita gruesas doradas, buñuelos en la mesa también, y empiezas a dar nueve vueltas a la derecha, nueve vueltas a la izquierda (Nacira, maya, Tunkás).

Las enseñanzas de género que recibieron las mayas de este estudio tienen profundas raíces en un pasado mesoamericano (con acentuadas diferencias en la actualidad); se promueve la templanza de carácter a través de los consejos de los padres, los cuales se parecen –en las enseñanzas que predicán– a los *huebuetlatolli* nahuas de la antigüedad (aunque, por supuesto, con un sentido retórico distinto):

Es como les digo... son niñas ustedes, tienen que aprender. Algún día ya quieren a una persona, ¿tú crees que un suegra va a hacer tu trabajo?, no, lo único que te va a decir [es], ¿y cómo le gustó a mi hijo? No sólo que te guste un hombre, tienes que aprender a trabajar, ¿cómo te enseñó tu madre? Y, ¿no te enseñó tu madre a ser mujer? ¿Qué le vas

<sup>5</sup> Comunicación personal con el etnólogo Mario Humberto Ruz Sosa.

a decir, ¿qué le vas a decir? Pues nada, no [es] porque [tu madre] no te enseña; porque te está diciendo desde que amanezca qué vas a hacer y cómo debes de hacer. No lo haces, es que no lo quieres hacer.

No hijita le digo, aprende a hacer. Si no lo haces tú, ¿quién lo va a hacer? No, hija, aprende, si no te vas a hacer cochina cuando estés grande. No, aprende a hacer las cosas.

A mí me enseñaron de ser mujer por mi abuelita; dice, una mujer hija cuando amanezca, ¿que va a hacer una mujer cuando amanezca? No sé madre, ¿y qué voy a hacer? Una mujer, hija, cuando amanezca tiene que, si está sucia, tienes que limpiarte primero y lavar bien las manos con jabón, poniéndole agua, y mientras el agua está calentando para café, tú ponte a moler, mientras estás mojando tu masa, vas a tortear, pon tu comal, si ya está listo el café, pon tu comal (Nicté, maya, Yucatán).

Una mujer maya debe ser pulcra, honesta y trabajadora, y tiene que actuar con discreción en sus actos cotidianos; debe obedecer a las figuras de autoridad, padre, madre, hermano mayor, esposo y suegros. En el ámbito sexual se espera que llegue virgen al matrimonio, aunque cada vez es más común que cuando se ha oficializado el casamiento los novios tengan relaciones sexuales. Se espera que una mujer ejerza su sexualidad discretamente, es decir, que no haga alarde de ella, y que si accede a un vínculo de este tipo sea con la finalidad expresa de tener hijos. En ciertas comunidades mayas de la Península de Yucatán se considera sensato que si una mujer se cruza en el camino con un varón se aparte y baje la vista. En la época prehispánica las mujeres “acostumbraban volver las espaldas a los hombres cuando los topaban en alguna parte, y hacerles lugar para que pasasen, y lo mismo cuando les daban a beber, hasta que acababan de beber” (Landa, Diego de, 1994: 134).

Esta situación ha cambiado en la ciudad de Cancún debido a que en los procesos de interacción cultural (convivencia con personas provenientes de distintos sitios del país y del extranjero) las mujeres logran alcanzar otros espacios y adoptan otras actitudes y formas de ser. Es común que los novios paseen por las avenidas tomados de la mano y que manifiesten más libremente la sexualidad en sus expresiones de cortejo, en las cuales se distingue de manera más abierta el erotismo en la forma en que se miran, abrazan y besan. En las ciudades, las parejas poseen más lugares para la intimidad

porque, en cierto sentido, son anónimos; pueden acudir a un hotel para tener contactos corporales más cercanos.

Sobre todo las informantes de mayor edad creen que existe una “identidad natural” que las lleva a actuar en concordancia con su sexo. La identidad femenina es entendida como maternal, con espíritu de sacrificio, con disposición para obedecer a los varones y con manifestaciones de sexualidad subsumidas a la capacidad reproductiva y a los deseos del esposo. Al menos esto se externa en el ámbito discursivo y de la normatividad, es lo que se debe ser.

La manifestación del deseo sexual es una cuestión privada, que surgió más entre las nahuas. Entre las mayas sólo una mujer aludió a éste de manera implícita durante la entrevista; por cierto, también comentó que antes de empezar con el trabajo de parto –en sus múltiples embarazos– tiene relaciones sexuales para aliviar las contracciones.

En la época precolombina no se consideraba que el deseo sexual dañara a la persona o a la comunidad, fue por influencia del cristianismo que empezó a inculcarse “la intención” como pecado de pensamiento. Decía el fraile Landa de los yucatecos coloniales

[...] del nefando pecado en esta tierra no he entendido que hiciesen tal, ni creo que lo hacían, porque los llegados de esta pestilencial miseria dicen que no son amigos de mujeres como eran éstos, que a esos lugares llevaban a las malas mujeres públicas y en ellos usaban de ellas [...] y eran tantos los mozos que a ellas acudían que las traían acosadas y muertas (*Ibid.*: 131).

Al parecer la poliginia<sup>6</sup> no existía entre la gente del pueblo (macehuales) en la época precolombina “nunca los yucatanenses tomaron más de una [mujer] como se ha hallado en otras partes tener muchas juntas” (Landa, Diego de, 1994: 122), aunque en la actualidad es una práctica común en el contexto de los mayas en Cancún. Si bien, generalmente, las mujeres viven en casas distintas, en el trabajo de campo me encontré con un caso en el que las esposas eran hermanas y compartían marido bajo el mismo

<sup>6</sup> El término se refiere a la práctica de tener varias mujeres, y era un privilegio del cual gozaban los varones principales en distintos pueblos de Mesoamérica, no así los macehuales o gente del pueblo.

techo. La división del trabajo estaba definida, pues mientras la mayor salía a laborar como empleada doméstica, la más joven quedaba a cargo de los hijos de ambas, que además eran alternados. Existía una notable solidaridad entre ellas, pues si una se enojaba con el marido, la otra apoyaba la causa; se establecía una jerarquía entre las mujeres en la cual la mayor de las dos dominaba.

## GÉNERO Y SEXUALIDADES ENTRE LAS NAHUAS ENTREVISTADAS

Para las entrevistadas, ser mujer nahua significa formar parte de una comunidad con la que comparten preceptos culturales, como el ritual que tiene la función de liberar al recién nacido de las impurezas provocadas por el acto sexual mediante el cual fue concebido.<sup>7</sup> Las nahuas perciben que la vida citadina ofrece elementos para vivir el ser mujer en forma un tanto distinta. En la Ciudad de México crean redes de apoyo (de amistades, familiares) o se agregan a las ya existentes. Se frecuentan los domingos en lugares como la Alameda Central, las estaciones del metro Hidalgo u Observatorio, la Terminal de Autobuses Poniente (Tapo) o Xochimilco. Eventualmente

<sup>7</sup> Existen innumerables ejemplos de rituales celebrados por indígenas nahuas. En Naupan, situado en la Sierra Norte de Puebla, se celebra un ritual vinculado con el ciclo vital, lo cual constituye una clara evidencia de la matriz cultural que le dio origen. El ritual se basa en la antigua concepción dual del universo, en la cual hay una interacción entre los dioses y el ser humano para mantener el equilibrio cósmico, es decir, ambos se necesitan para subsistir. En este sentido, el ritual opera como cauce para retribuir a los dioses. El *moma'tekilo* es un rito de nacimiento para liberar al recién nacido de las impurezas producidas por el acto sexual de sus padres, y lo realiza la comadrona que lo trajo al mundo: *totzintzin*, abuelita, en náhuatl. El día del nacimiento ella entierra el cordón umbilical cerca de la casa y coloca una piedra plana y cuadrada en el lugar donde se realizará el *moma'tekilo*. A la mañana siguiente la *totznitzin* va al río a lavar las ropas de la parturienta y ofrenda al dueño del río flores, copal y refino, por la suciedad que arroja al agua. Posteriormente se ofrenda también al dueño del monte con refino y alimentos. Un año después ocurre el *moma'tekilo*, antes del bautizo cristiano. Los siguientes días el niño y la madre se bañan en el temazcal que representa a la tierra-madre y en donde confluyen tres elementos: tierra, agua y fuego. Como se sabe, entre los nahuas antiguos el recién nacido debía permanecer por un lapso de cuatro días al amparo del fuego, en tanto no se otorgara su nombre y su *tonalli* en el ritual del baño. En el *moma'tekilo* la *totznitzin* celebra el ritual colocando cuatro velas en cada uno de los puntos cardinales del lugar, flores, un incensario con copal, refino, jabón y una jícara. Ofrece licor al padrino, la madrina, los padres y los invitados, y deposita el resto en la tierra para que ella también pueda saciar su sed. Luego lava las manos de todos los presentes y ofrece un pañuelo bordado por la madrina para que puedan secarse. Enseguida ya pueden cargar al niño y cada persona baila (sones tocados con violín y flauta) con el bebé en brazos (Báez, 1997:87-95).

acuden a la Villa, con la doble finalidad de relacionarse con “chavos” y de escuchar misa. En San Andrés, en Jalacingo, en Astacinga, las jóvenes no salen solas, siempre van acompañadas de su madre, una tía, un hermano. A veces acuden a fiestas, pero siempre están vigiladas. Cuando emigran se sienten liberadas, pero, como han interiorizado ya las enseñanzas en cuanto al ser mujer, continúan saliendo acompañadas, aunque ahora de amigas, hermanas o primas. Uno de los espacios más frecuentados, además de la Villa, es la Alameda Central, lugar que puede resultar fascinante para explorar las relaciones que establecen con otras mujeres y con los hombres.

En la Alameda Central se puede ver a grupos de varones jóvenes de piel morena y cabellos negros y cortos que caminan al “acecho” de mujeres de origen indígena, la mayoría nahuas, quienes, casi siempre, andan de dos en dos. Los hombres, acicalados y perfumados para la ocasión, se pavonean para llamar la atención de las chicas. Ellas levantan la mirada de vez en cuando, y ellos se acercan y entablan conversación. Las muchachas visten blusas y faldas “modernas” de colores, hasta abajo de las rodillas, nunca minifalda como las jóvenes mayas. Algunas traen moños en el cabello, el cual, por regla general, es largo, larguísimo, debajo de la cintura. Sólo unas cuantas lo dejan suelto, la mayoría se hace una cola de caballo o una trenza. Entre la música que toca la banda y los puestos de comida, ropa y *souvenirs*, algunos forman pareja. Otros llegan en pareja, y se alejan a los prados, junto a un árbol, donde suponen que nadie los mira. Se hablan, se miran, se besan, en ocasiones apasionadamente, sin importar lo que ocurre a su alrededor; una conducta prohibida en sus comunidades de origen, donde lo más que pueden hacer es cruzar miradas. En la ciudad las mujeres son un tanto más anónimas, aunque no del todo, pues las amigas las vigilan constantemente, para luego en una conversación íntima recriminarles su actuación... o tal vez soñar con que pudieran haber sido ellas las elegidas.

Me dice mi prima, ¿no te gusta el hotel? Le digo no, ¿por qué? Le digo no me gusta. Me dice yo siempre voy con el que diceme (*sic*) hotel. Por eso tú, pero yo no quiero [...]. Sabes qué, prima, dice, ya no te enojas, que quién sabe qué. Esos namás son corajes, yo te quiero mucho. Ah, tú me quieres mucho, pero yo después siento muy feo lo que ustedes me dicen. Ustedes quieren o me dicen [...] quieren que le haga como ustedes; pero

déjame en paz, ahora voy a salir sola. Yo anda con mi amigo, yo no quiero que por tu amigo un día [...] no les interesa ni lo importa, yo me voy a salir con él [...] porque esos problemas yo la verdad no, y luego tú comienzas a decir que yo te cacheteo y hacerlos los chismes (Xóchitl, nahua, platicando con Citlali).

Entre los discursos sociales que aparecen como estructuras de su ser mujer se hallaron ideas tomadas de la vinculación que establecen, sobre todo, en sus lugares de trabajo. El “modelo” femenino (dado que varias son empleadas domésticas) es “la patrona” y sus hijas. La moda en el vestir proporciona una feminidad más acorde con la “modernidad” que se vive en la Ciudad de México (aunque, como ya se mencionó, las jóvenes nahuas son más conservadoras en su atuendo que las muchachas mayas). A veces, en vez de teñirse el cabello, se lo cortan sólo un poco y se pintan mechones de colores para parecer más atractivas ante los varones con quienes se ven los fines de semana. Un signo de distinción es no utilizar vestidos de manta o huipiles, sino ropa más “citadina”.

Las propias informantes afirmaron que una mujer nahua debe ser seria, recatada, sencilla en el vestir. Debe ser trabajadora, honesta, pulcra y actuar con cordura. No tener muchos amigos, pues esto puede mal interpretarse y conducir a que se piense que es una mujer “fácil”. Idealmente, debería casarse en su comunidad de origen y con un hombre de ese lugar, pues las que salen son tomadas como mujeres “que ya tienen muchos hombres” (Xóchitl, nahua, Veracruz).

Las entrevistadas nahuas tienen en su mayoría un empleo, lo que les ha permitido ir consolidando “la disposición de sí mismas”, es decir, ser personas con capacidad de elección y de toma de decisiones en determinados ámbitos que competen a su cuerpo y su sexualidad. Tienen mayor libertad de acción al no vivir con sus familias de origen, pueden salir solas, con amigas o amigos, o bien, con sus enamorados. Empiezan a ser audaces al aceptar la invitación a un hotel y, en ocasiones, se vinculan sexualmente con más de uno durante su estancia en la ciudad. Se atreven a contar sus andanzas a sus primas y amigas íntimas, a pesar de que éstas muchas veces reprueban lo acontecido. Aunque no ganan mucho tienen la capacidad de adquirir ropa, electrodomésticos y pagar una entrada al cine o un parque

de diversiones. Sus padres –sobre todo las madres– les otorgan un lugar privilegiado en sus hogares debido a que envían o llevan dinero a la casa, y esto es así a pesar de la disminución de su prestigio como jóvenes casaderas en el ámbito comunitario. Muy particularmente en el caso de las nahuas jóvenes –y quizá por este hecho– es posible apreciar la emergencia de identidades de género resistentes.

Se aprecia en algunas un deseo fuerte de resistir la imposición de las normatividades de género. Cabe subrayar que la rebeldía puede originar –como señala Weeks (1998b)– un estigma, y al darse cuenta de que pueden no ser aceptadas por sus amistades y su comunidad, en virtud de su proceder, se sienten presionadas emocionalmente. Se dan tensiones entre lo que anhelan y lo que realmente pueden lograr, como la eventualidad de poseer un trabajo, ser independientes y autónomas, y el hecho, casi inevitable, de tener esposo, hijos y una casa que cuidar. Lo que introduce una inconsistencia entre lo que dicen y lo que hacen, incongruencia que probablemente sea la semilla que deban sembrar para acudir al ejercicio de una identidad de género experimentada con resistencia.

Imaginan y platican entre ellas las cosas que escucharon de quienes ya tuvieron relaciones sexuales, y el riesgo de embarazarse es el de mayor peso. En general, no se plantean explorar sus cuerpos y los de sus parejas; en el fondo lo que más desean es ser madres. Al vivir en la Ciudad de México empiezan a valorar enormemente su libertad, pero no se conciben a sí mismas sin dar vida a otro ser. Cuando hablan de sus novios siempre piensan en cómo será su vida de casadas, en cuántos hijos tendrán, en el problema que les representará no ponerse de acuerdo sobre el número de vástagos, en si tendrán “permiso” de su marido para seguir trabajando, etcétera. Pero también piensan en la posibilidad de tener un hijo sin formar una pareja. La maternidad se constituye así en un elemento fundamental de su identidad de género y de sus proyectos de vida.

Durante el ejercicio sexual quieren expresar de manera espontánea el deseo erótico y el goce sensual, no obstante, un mandato que establece cómo debe comportarse cierto tipo de mujer se los impide. Así, la sexualidad es experimentada, como dice Carole Vance (1989: 51-72), desde dos polos distintos: el placer y el peligro.

Cuando se le preguntó a Citlali sobre su cuerpo y quién podía tocarla exclamó:

¡Hombre... hombre, de mi cuerpo! Los primeras caricias, los primeras caricias le sentí bonito [...] Bueno yo le siento bonito así cuando me da besos, cuando me da, cuando me hace una caricias y todo, yo le siento bonito, le siento bonito pues; pero al momento me agarra sí como nervios o pienso muchas cosas. [...] Al momento, no sé, será miedo [...] yo pienso por qué me dan nervios o por qué me da como pena, no sé [...] Para [pero], pienso, yo quiero tener el amor luego, par [pero] a la vez pienso no, o si lo voy a tener el amor, nunca lo voy a tener los bebés, bueno sí lo voy a tener para [pero] hasta que pase un año o dos [...] Piensa, ¡Dios mío!, cuando si me voy a casar con ese hombre y si no, no sé qué pienso. Si no me va a querer como su esposa, y se va, se va ir con otra mujer, como unos hombres, así era, namás se casa y la dejan su esposa y se van con otra mujer [...] (Citlali, nahua, Veracruz).

En el relato de Citlali se entrelazan el deseo sexual, el goce corporal, la necesidad de tener una pareja con quien casarse y el anhelo de tener un hijo, además del miedo al abandono y a ser rechazada al ceder ante las presiones sexuales del novio. Entre los antiguos nahuas se consideraba que en la Tierra no había un deleite mayor que mantener un enlace sexual con la finalidad de procrear, para lo cual era fundamental el vínculo matrimonial (López Austin, 1984: 319-357).

Cuando Citlali se refiere a los nervios y la pena que siente, está tratando de expresar su deseo por el otro, a la vez que el freno que se impone por tratarse de un acto sexual que no está legalizado. Por otra parte, existen controles sobre la sexualidad femenina desde sus comunidades de origen. Las dos nahuas del estado de Puebla refieren que en sus familias “las cuidaban mucho”, es decir, que no las dejaban tener amigos, ni mucho menos un novio. Sus padres eran muy estrictos y rara vez les permitían acudir a un baile; sin embargo, ambas tuvieron un novio a hurtadillas, y luego varios en la Ciudad de México. Una de ellas sufrió un engaño amoroso por parte de su novio cuando ambos llegaron a vivir a la ciudad:

Pus ya ni ganas me dieron de tener otro, por lo mismo, los chavos aquí ya no te respetan, porque somos del mismo pueblo, pero aquí son muy distintos, pero distintos, ya no te

respetan, andan con cuatro o cinco, nada más quieren tener relaciones contigo, y ya luego sin más te embarazan y te dejan, o sea, sin responsabilidad, o sea, sin comprometerse. En cambio si te consigues un novio de allá y allá te casas es distinto, los de allá como que te respetan más que los de aquí, la verdad hay mucha diferencia, porque un chavo de aquí a uno de allá, pues no, no, no, no es igual (Nayeli, nahua, Puebla).

En el testimonio se percibe el valor diferenciado que los hombres conceden a las mujeres que emigran. Por esta situación ya no son dignas de convertirse en la esposa con la cual se tendrán hijos y se formará una familia. La doble moral que representa, por un lado, a la mujer “decente” y, por otro, a la “ligera” aparece en las construcciones de la feminidad. Las enseñanzas de género incluyen el reforzamiento de ciertos comportamientos esperados, en función de ser una buena mujer:

Tenía que portarme bien, siempre buena persona y nunca pelearme [mi mamá] siempre me decía que cuando trabajara tenía que trabajar, y no nada más estar ahí parada [...]. Me decía que me tenía que cuidar de los hombres, porque siempre eran... porque siempre querían jugar con uno (Yólotl, nahua, Veracruz).

Es interesante apreciar cómo muchas veces no comprenden el significado de “cuidate”, si bien saben que el concepto se relaciona con la sexualidad y la reproducción, ni sus madres ni sus padres suelen ser más explícitos:

Me dijeron cuando me bajó mi regla: “es normal a todititas las mujeres les pasa [...] *ten cuidado porque si te llegas a meter con un hombre, puedes tener un bebé*” [cursivas mías]. Yo no le entendía, yo pensé que algún hombre al tocarme aquí nada más. Entonces le pregunté a mi hermana, “no, dice, es que si tú te llegas a meter con un hombre, dice, o sea, si llegas a tener relaciones sexuales con él, es la manera como puedes hacer un bebé”. ¡Ah!, pero todavía estaba ignorante se puede decir, y entonces le digo, “¿y qué es relación sexual?”, y dice, “¡ay, manita!, es que no sé cómo explicártelo”, y le digo, “no tengas pena [...]”. Entonces me dijo, “ven, acompáñame a la casa de una amiga”. Ya fue cuando me explicó todo, sacó un libro sobre de las relaciones sexuales y todo eso, y me explicó todo, todo, todo (Anayatzin, nahua, Puebla).

En Astacinga no es concebible que una chica quiera conocer a un hombre si no es porque desea ser madre. Cuando llega la primera menstruación es poco común que las jóvenes hayan tenido información al respecto; no obstante, cuando acuden a preguntar qué es lo que les está sucediendo, la respuesta generalizada es “¡cuidate!, porque si duermes con un hombre te puedes embarazar” (Xóchitl, Citlali, Nayeli, Anayatzin). Aunque algunas veces aparece también el deseo erótico y las sensaciones placenteras que producen los acercamientos con varones (Yólotl, Citlali), hay alusiones constantes al desenlace de una relación sexual: el embarazo.

Ah, pos me dijeron cuidate por que los hombres son muy malos, y pos si tú no te cuidas, algún día te vas a embarazar y qué vas a hacer con tu hijo [...] como una prima tengo, ya está embarazada, y si tú te vas a acostar con un hombre te vas a embarazar. Yo decía no sé, yo después le digo no cierto, porque como nunca he tenido hombres pos la verdad no sé [...]. Y digo, ¿cómo? Sí, te vas a embarazar, y si en caso que no te duermes, namás andas de novia, que te vaya a dejar, pos no, pero si te vas a dormir con él, pos sí (Xóchitl, nahua, Veracruz).

En los relatos de las entrevistas surgen frecuentemente alusiones al placer y al peligro (como lo refiere Carol Lance en “El placer y el peligro...”), mientras que una de las figuras amenazantes es la de la “otra”, que aparece desde el primer vínculo afectivo. La infidelidad masculina se percibe como algo “normal” y se ve como un acto “natural” en los varones; aunque genera conflictos personales y de pareja, es justificada por las mujeres que se vieron involucradas en situaciones de este tipo. Ellas la aceptan y la perdonan con sentimientos contradictorios, que van desde la rabia (una de ellas golpeó a la “amiga” de su novio y fue a dar a la cárcel) y la impotencia hasta la comprensión y la resignación. Justifican la infidelidad con base en el amor que dicen sentir hacia el hombre y por las ideas y creencias de género que han interiorizado.

Cuando la infidelidad ocurre dentro del matrimonio es tipificada como adulterio. El adulterio era nombrado entre nahuas prehispánicos como *maxaloo*: “hacerse traición los casados”, o *xima nitetla*: “poner los cuernos”, mientras que los frailes lo tradujeron como “usurpación de la mujer ajena”. Sobre todo la última definición deja claro que lo que se protegía era el dere-

cho de un varón sobre “su” mujer. El hombre casado que tenía relaciones con una soltera no era tomado como adúltero, pero si se vinculaba con una casada se veía como una afrenta al derecho del marido de ésta (A. López Austin, *op. cit.*: 331). El adulterio cometido por mujeres se sigue viendo como más grave que el consumado por hombres, de hecho ha representado una prerrogativa masculina.

Por otro lado, la idea de “cuidarse” y la palabra “respeto” han servido para reforzar la obediencia y sumisión de las mujeres en el ámbito de la sexualidad; deben idealmente “cuidar” su virginidad y “darse a respetar” para ser dignas de llamarse esposas. Esto no quiere decir que las mujeres participantes en el estudio asuman estoicamente estos mandatos, pues aunque la poliginia suele ser socialmente aceptada, también duele, y existen fuertes resistencias a aceptarla. Como dijo Citlali:

No puedo olvidar, no puedo explicar si, viste, si me quieres mucho ¿por qué? Ahora le digo, yo puedo hacer lo mismo... ¿Verdad, que los hombres no, no perdonan a las mujeres fácilmente cuando hacen eso?

Para los varones con quienes se han involucrado las nahuas, tener varias mujeres es sinónimo de virilidad, es una expresión de su masculinidad y constituye uno de los pilares donde se asienta el ejercicio de su identidad de género.

## ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Las mujeres indígenas en México constituyen una amplísima variedad de personas, con intereses distintos, problemáticas diferentes y formas de ser también variadas. Lo que aquí he presentado constituye una aportación para la comprensión de cómo construyen y re-construyen sus identidades, y cómo conciben sus sexualidades y su cuerpo en el marco de las relaciones de género. Las similitudes entre las mujeres de origen nahua y maya entrevistadas influyen en la conformación de una identidad de género signada por las experiencias sobre el ser mujer en sus contextos de origen. Es decir, el ser femenino se construye con base en preceptos

culturales que las conducen a ejercer identidades genéricas dominantes, en el sentido de lo que la comunidad étnica espera de todas las mujeres: que sean obedientes ante la autoridad masculina, que mantengan su virginidad hasta el matrimonio, que se casen y tengan hijos, que se conduzcan como mujeres de su hogar y atiendan las necesidades de su familia. Por otro lado, las diferencias se encuentran no en función de su pertenencia a una etnia indígena, sino en relación con las posibilidades individuales que han tenido para transgredir lo preestablecido y colocarse como mujeres dentro de aquellas que he denominado identidades rebeldes.

Todas las personas nos hallamos inmersas en tramas de significación (Geertz, 1997: 19-41); particularmente entre las entrevistadas las concepciones milenarias apuntalan fuertemente sus identidades. En los relatos de las mujeres mayas se hallaron reminiscencias del pasado mesoamericano y colonial. Aún persiste el ritual en el cual se afirma el sexo y las actividades femeninas o masculinas que se deberán desarrollar durante la vida: el *hetz-mek*. Continúa la celebración de ritos para pedir agua para la milpa, como el *cha'a chac* (aunque cada vez menos, como he señalado) el cual es un territorio vedado a las mujeres.

Estas mujeres se reconocen a sí mismas como integrantes de una comunidad indígena. En estos casos, las identidades de género, tan diversas como pueden ser, están ligadas a unos preceptos que delimitan las concepciones acerca de lo femenino y lo masculino, y se encuentran atravesadas por las ideas y prácticas de sexualidad que imperan en sus culturas y contextos históricos. Por ejemplo, la noción cristiana de pecado modificó sustancialmente las concepciones mesoamericanas, pues si bien, tanto los nahuas como los mayas promovían la templanza como una cualidad deseable y creían que cualquier exceso era negativo para la persona y la comunidad, no veían las expresiones sexuales como perversas, ni el erotismo de las mujeres como prohibido. Los mesoamericanos no entendían la simple intención como un acto malo, por lo que tuvieron dificultades para aceptar la idea del mero deseo sexual como un acto pecaminoso.

Debido a que ni los significados de género ni los de sexualidad son estáticos, algunas de las entrevistadas se deslizan de un lado a otro, es decir, en ocasiones desafían ciertas normas y en otras, las acatan. No obstante, resalta

un modelo de ser “mujer” como un ser para gustar, agradar, atender y cuidar al hombre. Es una identidad cimentada fuertemente en la maternidad y en el prestigio que otorga el matrimonio o la unión formal. Esta feminidad dominante se encuentra avalada por discursos de los medios de comunicación que, por un lado, ensalzan la imagen de la madre, y por otro, elogian la belleza física de tal forma que ninguna de las mujeres comunes y corrientes cabe en dicho modelo. Esto genera sentimientos de frustración, pues, dentro de una lógica occidental ninguna de las entrevistadas considero que su cuerpo era bello. En contraste, la mujer maya de mayor edad se percibe profundamente hermosa<sup>8</sup> y segura de sí misma, ¿acaso porque tiene otros parámetros culturales para interpretar la belleza?

Los ideales de virginidad y maternidad, así como de ejercicio sexual sin erotismo apuntalan la normatividad dominante de lo femenino, tanto como la violencia y la infidelidad sexual de los varones –sea real o imaginaria<sup>9</sup> sostienen los ordenamientos dominantes de lo masculino. Si hay algo importante para las mujeres es guardar la virginidad hasta el matrimonio y ser madre en éste. Se consideran “fracasos” la pérdida de la castidad y la maternidad ilegítima, es decir, tener un hijo sin padre o sin que exista un matrimonio de por medio. Se mira con desconfianza a aquellas mujeres que osan alardear de la capacidad de sentir placer o que comunican que han tenido varias parejas sexuales.

Todas las mujeres, pero sobre todo las de mayor edad, siguen creyendo que hay una “naturaleza” que define el proceder de mujeres y hombres. Lo femenino –lo propio de las mujeres- es percibido como maternal, proclive al sacrificio, con una disposición innata para obedecer a los varones y con una sexualidad que debería manifestarse sólo al tener hijos. Como se aprecia, la feminidad está anclada en los significados culturales atribuidos al cuerpo, por lo que aún no podemos pensar el sexo y el género en forma independiente (Weeks, 1998a). En la carne se incorporan los significados conferidos a la diferencia sexual.

<sup>8</sup> Los parámetros de belleza difieren en las sociedades urbanas occidentalizadas y entre los mayas peninsulares para quienes una mujer bella es por definición una mujer gorda.

<sup>9</sup> Ciertos varones alardean de sus innumerables conquistas sexuales, y a veces exageran para afirmar su virilidad ante los demás. A ello me refiero con “imaginación” de algunos hombres.

Algunas informantes ponen en entredicho los papeles que desempeñan, pero actúan con moderación respecto a las representaciones que las ubican en jerarquías inferiores a las de los varones. Parece no preocuparles tanto la idea de una supuesta superioridad masculina. Quienes se resisten frente a las normatividades dominantes de género empiezan a implementar ciertas *estrategias y tácticas* (M. De Certau, 1996) para lograr ocupar ciertos lugares y ganar espacios. Empiezan a desempeñarse en forma más autónoma y desarrollan una cierta capacidad para *disponer de sí mismas*, y con ello gestionar su cuerpo y su sexualidad. En algunos momentos, incluso, ejercen un *poder de obstrucción* que les posibilita elegir en forma más independiente. Nicté (mujer maya) posee otros parámetros culturales –distintos a los dominantes– para interpretar su belleza y su poder de seducción. Ejerce una sexualidad placentera, incluso para aliviar “los dolores” de parto, y cuestiona las normatividades de género dominantes en su comunidad con respecto a la herencia de la tierra. Xóchitl (nahua) confronta ciertos valores culturales como el tabú del incesto al relacionarse afectivamente con su primo. Cuando emigra a la ciudad de México asume una sexualidad más libre yendo al hotel con alguno de sus novios, e incluso objetando las ideas de sus primas, quienes la reprenden por su proceder. Nayeli (nahua) se opone a la normatividad de género que divide el trabajo de acuerdo con el sexo de cada uno, y con ello despliega un poder de obstrucción. Todas ellas ejercen una *capacidad estratégica*, y actúan en forma más independiente y autónoma con respecto a la normatividad dominante de género. Toman decisiones, eligen sobre ciertos aspectos de su vida, y se han ido apropiando de sus sexualidades y de sus cuerpos, de una u otra forma.

Las identidades de género y el ejercicio de las sexualidades se están modificando entre mujeres indígenas; particularmente los procesos migratorios en los que se ven inmersas contribuyen a cambiar algunas de sus percepciones en cuanto al “ser mujer”, así como sus prácticas en el ámbito de las sexualidades. En cuanto al cuerpo, se pudo apreciar que es un tema difícil de abordar en su vinculación con la sexualidad placentera, porque las indígenas entrevistadas no están habituadas a pensar el cuerpo en forma independiente de la reproducción. Al explorar sobre sus percepciones en cuanto al cuerpo la respuesta más común fue el silencio, o bien, hablar de

sus potencialidades en términos del embarazo o la lactancia, o de sus defectos, pero muy pocas expresaron que su cuerpo podía ser un vehículo para experimentar placer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alberti, Pilar (1994). La identidad de género y etnia desde una perspectiva antropológica. En: *Antropológicas*. México: Nueva Época (núm. 10, pp. 31-46).
- Báez, Lourdes (1997). Moma'tekilo: Una experiencia para la interacción social. En: Marie-Odile, Marion (comp.) *Simbólicas*. México: Conacyt, Conaculta, Plaza y Valdés (pp. 87-95).
- Bartolomé, Miguel Alberto (1988). La situación neocolonial. En: *La dinámica social de los mayas de Yucatán*. México: Instituto Nacional Indigenista (pp. 257-325).
- Berger, Peter y Thomas Luckman (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bozon, Michel y Henri Leridon (1996). The Social Construction of Sexuality. En: *Sexuality and The Social Sciences. A French Survey on Sexual Behaviour*. Inglaterra (pp. 3-25).
- Caplan, Pat (1987). *The Cultural Construction of Sexuality*. Londres: Routledge.
- Castañeda, Xóchitl y Patricia Zavella (2004). La migración y el cuerpo. Mujeres mexicanas que trabajan en el agro de California. En: Catalina Denman, Janice Monk y Norma Ojeda (editoras) *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud*. México: El Colegio de Sonora.
- Daltabuit, Magali (1992). *Mujeres mayas. Trabajo, nutrición y fecundidad*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- De Certau, Michel (1996). Valerse de usos y prácticas. En: *La invención de lo cotidiano, tomo I, Artes de hacer*. Universidad Iberoamericana, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, México (pp. 35-52).
- Dubet, François (1989). De la sociología de la identidad a la sociología del sujeto. En: *Revista de Estudios Sociológicos* (vol. VII, núm. 21, septiembre-diciembre). México: El Colegio de México (pp. 519-545).

- Flandrin, Jean Louis (1982). La vida sexual matrimonial en la sociedad Antigua: De la doctrina de la Iglesia a la realidad de los comportamientos. En: Phillipe Ariès, *Sexualidades Occidentales*. Barcelona: Paidós (pp. 153-175).
- Foucault, Michel (1993). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber* (vol. 1). México: Siglo XXI (pp. 7-159).
- Geertz, Clifford (1997). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa (pp. 19-41).
- Gutiérrez, Raquel (1999). Situar el problema. En: *Desandar el laberinto. Introspección en la feminidad contemporánea*. Bolivia: Muela del Diablo Editores (pp. 13-54).
- Heritier, Françoise (1996). El improbable poder de las mujeres. En: *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Editorial Ariel (pp. 287-300).
- Landa, Diego de (1994). *Relación de las cosas de Yucatán*. México: Conaculta, 1994.
- López Austin, Alfredo (1984). La edad y sexo. En: *Cuerpo humano e ideología*. México: UNAM (pp. 319-357).
- Marion, Marie-Odile (1994). Un rito de paso entre los mayas de tierras bajas. En: *Identidad y ritualidad entre los mayas*. México: INI (pp. 19-52).
- Marroni, María Da Gloria (2004). Violencia de género y experiencias migratorias. La percepción de los migrantes y sus familiares en las comunidades rurales de origen. En: Marta Torres, (comp.) *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El Colegio de México (pp. 87-118).
- Masferrer y Báez (1995). Los nahuas de la Sierra Norte de Puebla. En: *Etnografía Contemporánea de los Pueblos Indígenas de México. Región Oriental*. México: INI (pp. 167-206).
- Oehmichen, Cristina (2000). Relaciones de etnia y género: una aproximación a la multidimensionalidad de los procesos identitarios. En: *Alteridades* (año 10, número 19, enero-junio, México, pp. 89-98).
- Ortner, Sherry (1984). Theory in Anthropology since the sixties. En: *Comparative Studies in Society and History* (vol. 26, Michigan, pp. 126- 163).
- Rosales, Adriana Leona (1999). Percepciones sobre género y sexualidad entre mujeres mayas jóvenes y maduras en Cancún, Quintana Roo. En: Esperanza Tuñón Pablos (coord.). *Género y Salud en el Sureste de México* (vol. 2, Chiapas: ECOSUR, UNFPA, COESPO, pp. 177-212).

- Ruz, Mario Humberto (coord.). (2002). Los mayas peninsulares. En: *Los mayas peninsulares. Un perfil socioeconómico*. Cuadernos del Centro de Estudios Mayas, UNAM (pp. 7-46).
- \_\_\_\_\_ (2000). El resplandor de la tradición. Estampas médicas entre los mayas contemporáneos. En: M. Gutiérrez E. (ed.). *Sustentos, aflicciones y postrimerías de los amerindios*. Madrid: Casa de América (Diálogos Amerindios) (pp. 107-136).
- Szasz, Ivonne (1998). Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México. En: Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México (pp. 11-31).
- Scott, Joan (1997). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Marta Lamas (comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, UNAM (pp. 265-302).
- Ussher, Jane (1994). Theorizing female sexuality: social constructionist and post-structuralist accounts. En: Choi y Nicolson (eds.). *Female Sexuality, Psychology, Biology and Social Context*, Gran Bretaña: University of Sheffield Biddies (pp. 148-175).
- Vance, Carole (1997). La antropología redescubre la sexualidad: Un comentario teórico. En: *Estudios Demográficos y Urbanos* (34-35, vol. 12, núms. 1 y 2, enero-agosto). México: El Colegio de México (pp. 101-128).
- \_\_\_\_\_ (1989). El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad. En: *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Barcelona: Revolución (pp. 51-72).
- Vargas Ramírez, Jesús (1995). Los nahuas de la huasteca veracruzana. En: *Etnografía contemporánea de los pueblos indígenas de México. Región Oriental*. México: INI (pp. 105-166).
- Villela, Samuel (1995). Los nahuas de Guerrero. En: *Etnografía contemporánea de los pueblos indígenas de México. Región Pacífico Sur*. México: INI (pp. 187-250).
- Weeks, Jeffrey (1998a). *Sexualidad*. Programa Universitario de Estudios de Género. México: UNAM-Paidós.
- \_\_\_\_\_ (1998b). La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades. En: Ivonne Szasz y Susana Lerner (compiladoras) *Sexualidades en México*. México: El Colegio de México (pp. 199-222).

- (1998c). La construcción cultural de las sexualidades ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad. En: Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps). *Sexualidades en México*. México: El Colegio de México, 1998b (pp. 175-198).
- (1995). Inventing moralities. En: *Invented Moralities: Sexual Values in an Age of Uncertainty*. Nueva York: University Press (pp. 47-81).
- (1994). *Sexualidad Humana*, Tomo I, México: Porrúa-Conapo (pp. 179-201).
- (1994). La sexualidad e historia. Reconsideración. En: *Antología de la Sexualidad Humana* Tomo I, México: Porrúa-Conapo (pp. 179-201).

ANEXO

Datos sociodemográficos de las entrevistadas

Nombre	Lugar de nacimiento	Edad	Estado conyugal	Escolaridad	Hijos	Primera lengua
Citlali	Acatitla, Astacinga, Veracruz	20	Soltera	Sin escolaridad	0	Náhuatl
Xóchitl	Acatitla, Astacinga, Veracruz	23	Soltera	Sin escolaridad	0	Náhuatl
Nayeli	San Andrés, Ahuacatlán, Sierra de Puebla	20	Soltera	Primaria	0	Español
Anayatzin	San Andrés, Ahuacatlán, Sierra de Puebla	35	Casada	Primaria	4	Español
Yólotl	Ocoitepec, Jalacingo, Veracruz	18	Casada	Primaria	1	Español
Lily	X-Can, Yucatán	24	Unión Libre	Secundaria	3	Maya
Ixil	Temax, Yucatán	34	Separada	Secundaria	3	Maya
Nicté	Espita, Yucatán	58	Casada	Sin escolaridad	11	Maya

Datos sociodemográficos de las entrevistadas (continuación)

<b>Nombre</b>	<b>Lugar de nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado conyugal</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Hijos</b>	<b>Primera lengua</b>
Nacira	Tunkás, Yucatán	60	Viuda	Sin escolaridad	10	Maya
Jacinta	Dzitás, Yucatán	65	Viuda	Sin escolaridad	8	Maya
Remedios	Valladolid, Yucatán	48	Casada	Sin escolaridad	10	Maya
Icxiuh	X-Can, Yucatán	23	Casada	Primaria	3	Maya
Nelsy	Chemax, Yucatán	34	Casada	Primaria	5	Maya



# HOMOMATERNIDADES Y HOMOPATERNIDADES: LA EXPERIENCIA REPRODUCTIVA DE LAS HOMOFAMILIAS

MARÍA DE LOS ÁNGELES HACES VELASCO

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad establecer una reflexión sobre las diversas estrategias que implementan los hombres y mujeres homoeróticos para ejercer roles maternos y paternos, así como en relación con las diversas formas en que practican su parentalidad.<sup>1</sup> Se pretende dar cuenta de los siguientes elementos: las condiciones en que la paternidad y maternidad se ejercen y significan entre parejas homoeróticas; analizar la distribución de las labores de crianza dentro de las unidades domésticas conformadas por uno o más miembros homosexuales; reflexionar sobre el papel que juega la parentalidad heterosexual en la construcción y significación entre estos hombres y mujeres; así como analizar el papel que juegan las construcciones sociales de género en el ejercicio de la parentalidad. Lo anterior a la luz de la homofobia que padecen estos sujetos, así

---

<sup>1</sup> Es pertinente aclarar que capté la experiencia de los hijos únicamente de manera informal, ya que al hacer observación participante estuve en contacto con la relación dentro de la unidad doméstica en su totalidad, pero centré la atención de la investigación en el ejercicio materno y paterno. Sin duda sería sumamente interesante hacer una investigación sobre la experiencia de los hijos de las homofamilias.

como en relación con el concepto de ciudadanía sexual y los elementos que ésta puede aportar.

Sin duda, las implicaciones de tocar este tipo de tema son amplias, ya que al hablar de sujetos homoeróticos se deben de contemplar aspectos genéricos, sexuales, sobre diversidad sexual, así como rasgos culturales. Mis- mos que contribuyen a conformar diversas concepciones, en las que una identidad sexual y las prácticas consecuentes son completamente válidas y aceptadas, mientras que aquellas que se salen de la norma heterosexual son criticadas y discriminadas.

Por cuestiones de extensión, en el presente artículo no podré desarrollar todos los aspectos señalados, pero sin lugar a dudas deben de considerarse como contexto innegable.

Con base en lo anterior, presento algunas reflexiones generales, inicial- mente sobre el género y los sujetos homoeróticos con el objetivo de que sirva de marco para analizar cómo se vive desde esta realidad sexoafectiva la reproducción, así como el ejercicio de los roles parentales, tanto maternos como paternos, al igual que la forma en que se desempeñan como padres y madres resaltando los aspectos y elementos que privilegian.

## INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Brevemente explicaré en qué consistió el trabajo de campo y las caracte- rísticas generales de la población. La información empírica se recolectó mediante diferentes instrumentos: un cuestionario abierto, una entrevista a profundidad, una guía de testimonios y observación participante. El cues- tionario y la entrevista fueron aplicados -en su caso- a parejas, mientras que el testimonio fue llevado a cabo de manera individual, aunque en todos los casos el otro miembro de la pareja estuvo presente.

Resulta fundamental enfatizar la importancia de haber trabajado con la pareja, ya que existió mucha armonía durante las diferentes sesiones lle- vadas a cabo, incluso cuando se hizo referencia a temas complicados para ellos (en un caso, se habló de infidelidad, aspecto que ambos miembros de la pareja tenían totalmente resuelto, sin que provocara ningún conflicto).

Así pues, el material empírico recolectado corresponde a una población de 22 personas, 21 habitantes de la Ciudad de México y zona conurbada y uno de Tepic, Nayarit. La totalidad mantienen relaciones homoeróticas y ejercen roles parentales, distribuidos de la siguiente manera:

<b>Pareja y/o individuo/ edad</b>	<b>Tipo de parentalidad</b>	<b>Número de hijos</b>
Argelia (40) y Eloísa (44)	Argelia madre no biológica	Un hijo
	Eloísa madre biológica	Tres hijos
Aída (41)	Madre biológica	Dos hijos
Azalia (34)	Madre biológica	Dos hijos
Brenda (40) y Marcela (38)	Brenda madre biológica	Una hija
Carmen (32)	Madre biológica	Una hija
Carlos (29) y David (33)	Padres no biológicos	Un hijo
Elizabeth (38) y Estefani (37)	Madres no biológicas	Un hijo
Elías (48) y Pedro (34)	Padres no biológicos	Tres hijas
Federico (37) y Ulises (44)	Padres no biológicos	Un hijo y una hija
Fernando (36)	Padre no biológico	Un hijo
Jorge (43)	Padre biológico	Un hijo
Karla (28) y Carolina (39)	Karla madre biológica	Una hija
	Carolina madre biológica	Dos hijas
Mario (26) y Ásale (21)	Mario padre biológico	Una hija
Raúl (73)	Padre no biológico	Tres hijos
Sonia (36) y Ema (40)	Sonia madre biológica	Un hijo y una hija

## CONTEXTO

Existen diversas formas y estrategias mediante las cuales los seres humanos organizan su reproducción; las implementadas por personas que no llevan a cabo roles sexuales y genéricos heterosexuales representan formas poco convencionales, conocidas e incluso reconocidas. Por lo cual, considero que merecen que les prestemos atención, tanto para reflexionar sobre el modelo de familia nuclear como para entender una realidad que no por invisibilizada deja de existir.

Es importante abordar esta realidad debido a que el ejercicio parental de estas mujeres y hombres se encuentra totalmente invisible, en buena medida porque tanto a nivel social como jurídico se carece de un entramado que ampare y reconozca las aportaciones que las organizaciones homofamiliares pueden proporcionar, tanto en relación con su experiencia en el ejercicio paterno y materno como en lo que corresponde a las relaciones de pareja. Conocer diversas formas de organizar la cotidianidad familiar, no sólo aquella que representa a la familia nuclear heterosexual, es sumamente relevante.

Tanto en la academia como en otras instancias es conveniente reconocer que, aun cuando se repita el discurso de la normalidad y se exalte una única forma de hacer y ser familia, existen otras muchas en la práctica que son dignas de observar, conocer, reconocer y analizar.

En otros países, mayoritariamente europeos, existe un amplio reconocimiento social y jurídico a las diversidades sexuales, aquellos sujetos homoeróticos que deciden conformar familias cuentan con consenso y apoyo para lograr este objetivo.

En México, el debate sobre el tema había quedado postergado por mucho tiempo, sin embargo, la insistencia de algunas fuerzas políticas del país hizo posible, recientemente, la aprobación de la Ley de Sociedades de Convivencia para el Distrito Federal, la cual se votó a favor el día 9 de noviembre de 2006, y apareció publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 16 de noviembre del mismo año.

Durante el periodo 2001-2003 de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), la diputada independiente Enoé Uranga propuso la apro-

bación de dicha ley, la cual contempla entre otros derechos la posibilidad de registrar las uniones de pareja que llevan a cabo los gays y lesbianas, para garantizar algunos derechos básicos como son los de herencia y seguro médico.

En el mismo sentido, el 11 de enero de 2007 se aprobó en el estado de Coahuila, el Pacto Civil de Solidaridad que permite que se registren parejas conformadas por personas del mismo sexo, quienes contraen con esto responsabilidades y obligaciones. Así como con la Ley de Sociedades de Convivencia del Distrito Federal, dicho Pacto de Solidaridad no contempla ningún derecho de custodia, tutela ni adopción.

Debido a la ausencia de estos derechos parentales, considero que ambas leyes deben de tomarse como un avance, sin embargo, también debe de resaltarse la necesidad de seguir exigiendo igualdad jurídica para los sujetos sociales, independientemente de su realidad sexual, elementos que impactarían positivamente no sólo a las personas adultas gays y lesbianas, sino también a las y los niños que crecen en estas familias, ya que les proporcionaría certeza y pertenencia jurídica a una familia. Además debe resaltarse que son leyes locales de las cuales únicamente resulta beneficiada una proporción pequeña de hombres y mujeres en el país; lo ideal sería contar con una ley federal en la materia que contemple todos los aspectos de las relaciones de pareja y su vida reproductiva, y que sea de observancia nacional.

En buena medida, negarle los derechos que como familias poseen las homofamilias es producto del desconocimiento, por tal, considero que conocer cómo y de qué manera se organizan las familias que están integradas por una pareja parental compuesta por dos personas del mismo sexo nos permite acercarnos a formas diversas de relaciones sociales, emocionales y familiares. ¿Quién cuida a los hijos?, ¿quién realiza las tareas domésticas?, ¿quién lleva a cabo las labores de crianza?, ¿cómo nombran los hijos a los hombres y mujeres que componen la pareja parental?, ¿cómo se socializa a los niños que crecen en estas familias?, ¿cómo se construye el género entre los menores?, etc. Plantee éstas y otras preguntas en la investigación que realicé.

## CLASIFICACIONES PARENTALES

Existen diversas clasificaciones para denominar a las madres lésbicas, las cuales han sido construidas por las mujeres lesbianas que ejercen roles maternos, básicamente a través del Grupo de Madres Lesbianas (Grumale), mismas que son retomadas por algunas autoras como es el caso de Espinosa (2005).

Dicha clasificación está conformada por: *madres biológicas*, es decir, mujeres que han tenido hijos por relaciones heterosexuales, comúnmente en matrimonios o uniones previas al autorreconocimiento lésbico; *madres por opción* es un término que hace referencia a mujeres que juegan roles maternos debido a que inician una relación con una mujer que tiene hijos, la mayoría de las veces madre biológica, ejerciendo así roles maternos con los hijos de la pareja; y, finalmente, *madres por elección*, que define a las mujeres que hacen uso de técnicas de reproducción asistida como la inseminación artificial o a encuentros heterosexuales ocasionales con el fin de la concepción. En esta misma clasificación se incluye a las mujeres que ejercen roles maternos con niños que les son *obsequiados y/o entregados* mientras viven en pareja o solas.

Como será posible observar en líneas posteriores, así como a lo largo del texto, las tres clasificaciones de madres no son excluyentes, debido a que existen diversas combinaciones.

Para llevar a cabo el análisis de los roles paternos hago uso de los mismos conceptos, contemplando así a los *padres biológicos*, que han tenido hijos por medio de relaciones heterosexuales, ya sea por uniones conyugales o encuentros sexuales con fines reproductivos; *padres por opción*, grupo constituido por aquellos varones que desempeñan roles parentales al establecer relaciones sexoafectivas con un varón que tiene hijos; y, finalmente, *padres por elección*, varones que ejercen roles parentales debido a que reciben en sus hogares niños o niñas que les son *obsequiados y/o entregados* para su cuidado.

Entre las madres y los padres por elección se pueden observar diferencias importantes debido básicamente a que los varones no cuentan con los recursos de la inseminación artificial, ni de los encuentros ocasionales con

finos reproductivos, debido a que ellos, en caso de establecer acuerdos de este tipo, deben de mantener contacto con la mujer-madre por un período mínimo de aproximadamente 10 meses para la concepción, gestación y el parto. Sin embargo, dicha clasificación resultó sumamente útil para la población de estudio, porque la mayoría de los padres con los cuales trabajé corresponden a ésta, ya que recibieron a niños o niñas en sus hogares que les fueron *obsequiados*.

## EL GÉNERO Y LOS SUJETOS HOMOERÓTICOS

La perspectiva de género<sup>2</sup> permite reflexionar sobre diversos aspectos. Uno fundamental para esta investigación es indagar sobre, ¿cómo construyen su identidad genérica los hombres y mujeres homoeróticos? y, en su caso, ¿cómo la reconstruyen? Además de que la perspectiva de género resulta fundamental para entender la forma en que estos sujetos hacen<sup>3</sup> género en su ejercicio parental.

Para Benería y Roldán (1992) el género<sup>4</sup> es una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer, mediante un proceso de construcción social, la cual asigna características dicotómicas a ambos, en base, fundamentalmente, a la heterosexualidad obligatoria.

El sistema sexo/género se introyecta en los sujetos mediante diversas estrategias. Todos aquellos que nacen en una sociedad se encuentran expuestos a diversas normas genéricas que si bien varían en el tiempo y el momento histórico del cual se trate, marcan en los sujetos una diferenciación genérica dependiendo del sexo biológico al que pertenezcan.

<sup>2</sup> Para Lamas (1996), el género es el resultado de la producción de normas culturales sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres.

<sup>3</sup> Según Zimmerman (1999), hacer género significa crear diferencias entre niños y niñas, mujeres y hombres, que no son naturales, esenciales o biológicas. Una vez que las diferencias han sido construidas se utilizan para reforzar la esencialidad del género.

<sup>4</sup> A partir de observar y reflexionar en torno a la asignación social que se da con base en el sexo biológico, Gayle Rubín construye el concepto "sistema sexo/género", que es "[...] el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (En Lamas: 1996:37).

Scott (1996) afirma que el elemento constitutivo de las relaciones basadas en las diferencias de los sexos es a su vez una forma primaria de las relaciones de poder que comprende cuatro elementos interrelacionados: 1) símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; 2) conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los símbolos; 3) nociones políticas e institucionales; y 4) la conformación del género como una identidad subjetiva, misma que se esencializa, estableciéndose como característica a priori de cada uno de los sexos.

Establezco una crítica a la esencialización genérica, ya que en la experiencia empírica resulta evidente observar que no existe una correspondencia entre las características asignadas a los hombres y mujeres, a partir de la construcción sexogenérica, y la vivencia cotidiana de estos sujetos; debido a que han llevado a cabo innovaciones en sus papeles genéricos, al incluir, en ocasiones, elementos designados al género opuesto, tanto en relación con su vida erótica, sexual y afectiva como en su desempeño parental.

Estos hombres y mujeres son transgresores al interior del género porque no cumplen con algunos de los determinantes genéricos. Por un lado, las mujeres, en algunos casos, no cumplen con una máxima genérica que es la reproducción<sup>5</sup> biológica, mientras que los varones rompen a su vez una regla básica: la heterosexualidad.

Sin duda no podemos negar que ha habido transformaciones en los roles genéricos, mismos que Scott (1992) ubica a partir de la década de 1970, ya que es en ese momento histórico en el que se produce un trastocamiento en las relaciones genéricas y una nueva división sexual del trabajo, básicamente por cinco factores: *a)* las diferentes corrientes del feminismo; *b)* la píldora anticonceptiva; *c)* la revolución sexual; *d)* el derecho al aborto (en algunas sociedades); y *e)* la reapropiación del cuerpo y la sexualidad femenina. Permitiéndose con esto diversas formas de construir las relaciones de pareja, diversos tipos de familias y nuevas concepciones en torno a lo masculino y lo femenino.

---

<sup>5</sup> Alfarache (2001-2002) asegura que las mujeres lesbianas son diferentes al interior del género, por su incumplimiento de los deberes básicos preescritos por el mismo: la heterosexualidad y la maternidad compulsiva.

Por otro lado, Zimmerman<sup>6</sup> (1999) afirma que para entender el género se debe de incluir la categoría sexual. La colocación en ésta se da al aplicar los criterios sobre el sexo biológico del sujeto en la vida diaria, la clasificación en dicha categoría se establece y mantiene por las demostraciones identificatorias socialmente requeridas, mismas que proclaman nuestra pertenencia a una u otra categoría.

La categoría sexual de los sujetos que me ocupan, en algún momento de su vida, no coincide con su sexo y su género; es decir, no tienen demostraciones socialmente identificatorias que correspondan al sexo asignado biológicamente, en razón del cual se construye la asignación social genérica. Con esto no quiero decir que en ellos y ellas exista una disociación entre su sexo y/o su género, es decir, en ninguno de los casos con los cuales trabajé existe un desacuerdo en ser hombres o mujeres. Nadie es transexual o transgénero, pero, aún así, la clasificación sexual que les es asignada por su sexo y su género no corresponde con la realidad que viven.

Esta no correspondencia entre sexo, género y categoría sexual, tampoco quiere decir que adquieran categorías sexuales y/o géneros cruzados, es decir, los hombres no se comportan como mujeres, ni las mujeres como hombres, o lo que socialmente esperamos de unas y otros, pero sin duda existe la posibilidad de que tomen algunos atributos genéricamente asignados al sexo biológico al cual no corresponden.

En relación con lo anterior, se podrían aplicar las clasificaciones que hace Núñez (2005) de: hombre masculino, hombre femenino, hombre andrógino, mujer femenina, mujer masculina, mujer andrógina –independientemente de su realidad y/o identidad sexual–, en la que no en todos los casos se observa una correspondencia entre sexo biológico, género y categoría sexual.

Con lo anterior no quiero decir que exista la necesidad de construir un tercer rol genérico,<sup>7</sup> ya que considero que una crítica al sistema sexo/género

---

<sup>6</sup> Define el género como la actividad consistente en manejar una conducta determinada a la luz de conceptos normativos, de actitudes y actividades apropiadas para la categoría sexual de cada persona. Las actividades relacionadas con el género surgen de la exigencia de ser miembro de una categoría sexual y la apoyan.

<sup>7</sup> Varios académicos sostienen que no debemos de pensar en formar una categoría más en el género, ya que construir el “tercer sexo” como unidad de análisis, implicaría colocar ahí lo que no tiene cabida en los géneros masculino y femenino, provocando que se dejen intactas las premisas convencionales sobre la

debe incluir, entre otros aspectos, su flexibilización, en la que se incluya, entre otras diversas variantes, los hombres gays y las mujeres lésbicas.

La no coincidencia de la categoría sexual resulta mucho más evidente, si tomamos en cuenta que uno de los elementos básicos de ésta y del género lo representa la heterosexualidad. Ellos y ellas transgreden tal prescripción, ya que su objeto de deseo y amoroso no es una persona del sexo-género opuesto, sino personas correspondientes al mismo sistema sexo-género, e incluso a la misma categoría sexual.

No sólo en el ejercicio de su sexualidad se puede observar la no correspondencia, sino en prácticas, comportamientos y actitudes cotidianas, ya que no se observa una conducta estrictamente “masculina” o “femenina” según los roles estereotipados genéricamente, asignados a hombres y mujeres.

Butler (1990) también cuestiona la supuesta relación entre sexo biológico, género y orientación sexual. Afirma que puede existir una variedad amplia en la forma en que estos tres elementos pueden presentarse en los sujetos y no necesariamente dentro de la heterosexualidad y de las imposiciones genéricas; debate acerca de que el peso social y cultural hace que a los sujetos que no conservan la simetría entre sexo biológico, géneros culturalmente constituidos y la “expresión” o “efecto” de ambas en la manifestación del deseo sexual a través de la práctica heterosexual, se les considere como seres abyectos,<sup>8</sup> ya que se les clasifica como seres con género incoherente o discontinuo, al ser individuos que no se ajustan a las normas de género culturalmente inteligibles, mediante las cuales se definen a las personas.

En este sentido, la teoría *queer* nos permite ver la coherencia que hay dentro de los comportamientos de estas personas, a nivel personal, de decidir reconocer su condición sexual y crearse una identidad que sea consecuente con dicho deseo. Para ellos, la discontinuidad o la incoherencia se

---

polaridad de los géneros y la heterosexualidad normal al contener la diferencia en una tercera categoría estática. Mientras que Núñez (2001) afirma que “[...] al hombre que trasgrede lo que la sociedad en un momento dado considera el rol de género apropiado es tachado de “afeminado” y se le quiere ubicar en un inexistente “tercer sexo”, con una supuesta naturaleza diferente [...]”.

<sup>8</sup> De acuerdo con Butler, lo abyecto designa aquellas zonas invisibles, inhabitables de la vida social, que sin embargo están densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de sujetos, pero cuya condición de vivir bajo el signo de lo “invisible” es necesario circunscribir a la esfera de los sujetos.

presenta cuando viven una heterosexualidad obligada, al ocultar sus propios deseos y afectos homoeróticos y no en su práctica como tal.

Al tomar en cuenta estos elementos, los hombres y mujeres homoeróticos representan una muestra clara en contra de la esencialización genérica, con lo que resulta evidente que lo que consideramos femenino o masculino, por las imposiciones genéricas, está sujeto a transformaciones y/o cambios desde el interior de los sujetos, así como por las transformaciones culturales.

Considero que debemos de pensar en aquellos que establecen relaciones erótico-afectivas con personas de su mismo sexo más como realidades que critican y cuestionan dichas normas y no como sujetos que por romper dichas estructuras o fracturarlas deben ser hechos a un lado. Por otra parte considero que proporcionan una posibilidad de flexibilización genérica, misma que la homofobia y la discriminación invisibilizan.

## HOMOEROTISMO Y VIDA REPRODUCTIVA

Como se mencionó de forma breve en líneas anteriores, existen muchas y variadas formas por las cuales estos hombres y mujeres pueden convertirse en padres. Algunas implican la paternidad o maternidad biológica, ya sea por un ejercicio heterosexual previo al autorreconocimiento homoerótico o por la búsqueda de un contacto heterosexual con el propósito único de la concepción, a lo cual se le llama inseminación directa.

Para las mujeres, existen diversas vías como es la inseminación artificial, ya sea con un donante anónimo o con alguien conocido. Cadoret (2003) reporta que en Francia, entre las parejas lésbicas, se da la inseminación artesanal. La cual consiste en que una de las mujeres introduce semen con una jeringa a la compañera que llevará a cabo la gestación. Otra opción radica en que en una pareja de lesbianas una done el óvulo para que le sea implantado una vez fecundado a la pareja, con lo que ambas participan en el proceso reproductivo.

Dentro de la paternidad existen diversas estrategias, como puede ser que una pareja o individuo gay tenga la posibilidad de inseminar a una mujer, para que ésta cumpla con la gestación y, una vez, nacido el hijo le sea entregado al sujeto homoerótico.

La misma Cadoret (2003) incluye otra modalidad: niños que son gestados por medio de la co-paternidad, es decir, que dos parejas: una de gays y otra de lesbianas se alíen para concebir, educar y cuidar a un bebé, en la que uno de los hombres será el padre biológico, mientras que una de las mujeres será la madre biológica, con la participación activa de las respectivas parejas desempeñando roles parentales.

Una más consiste en que parejas o individuos solteros se hagan cargo de niños desvalidos que pueden ser hijos de algún familiar o, más comúnmente, que reciban en su familia niños cuyas madres y padres les son totalmente desconocidos. Esto último fue más frecuente entre la población masculina con la cual trabajé.

Del total de individuos que conformaron la población, 10 han tenido vida reproductiva biológica (ocho mujeres y dos hombres). De las mujeres, seis concibieron dentro de matrimonios o relaciones heterosexuales, mientras que dos lo hicieron al concertar contactos heterosexuales reproductivos. En el caso de los dos varones, su vida reproductiva se debe a que, aun reconociendo su identidad homoerótica, tuvieron contactos heterosexuales motivados por la presión social que sentían.

Los 14 informantes restantes —nueve hombres y cinco mujeres— han logrado ejercer roles parentales llevando a cabo diferentes estrategias. En algunos casos por la maternidad o paternidad por opción, es decir, por que inician una relación con una pareja que tiene hijos, frecuentemente, de matrimonios heterosexuales previos.

Una alternativa más es la de la maternidad o paternidad por elección, en la que algún pariente o persona desconocida entrega niños que no pueden cuidar a la pareja o al sujeto homoerótico soltero.

## ROLES PARENTALES

La construcción social de género, además de colocar a los sujetos ante diversas influencias que contribuyen a conformar identidades femeninas y masculinas, aporta elementos fundamentales para la conformación de los roles parentales. Es decir, los hombres y mujeres aprenden cómo ser pa-

dres o madres a partir de la formación genérica que, entre otros elementos, constituye parte fundamental del *deber ser* paterno y materno.

Los varones y mujeres que establecen relaciones sexoafectivas homoeróticas son transgresores e innovadores en el desempeño de sus roles parentales, debido a los siguientes factores: *a)* ejercen roles de padre o madre al tener como compañero sexoafectivo y de crianza a una persona de su mismo sexo; *b)* la distribución de las labores de crianza y domésticas no obedecen a la pertenencia genérica de cada uno de los miembros de la pareja; *c)* padres y madres realizan labores que según el *deber ser* parental y genérico corresponden a otro sistema sexo-género, y *d)* su ejercicio parental, en ocasiones, es producto de diversas estrategias y no necesariamente de prácticas heterosexuales.

Así pues, de la misma forma en que se esperan ciertas acciones, aptitudes y actitudes de las personas que se han conformado como mujeres, existe la expectativa de que se presenten ciertas características en aquellas que se convierten en madres. La maternidad es una construcción socio-histórica (Riquer, 1996) que se estructura a partir de ciertas condiciones materiales en contextos específicos y de discursos de los diferentes actores que integran el campo de las fuerzas sociales. El *deber ser* materno está anclado en la invención del instinto materno,<sup>9</sup> mediante el cual se ha esencializado dicho ejercicio al establecer una relación casi obligatoria entre el ser mujer y el ser madre.

Dentro de dicha prescripción del rol materno, se encuentra la total responsabilidad de las mujeres en la crianza y bienestar de los hijos,<sup>10</sup> sin la participación activa del padre, mismo que se ha caracterizado casi exclusivamente dentro del rol de padre-proveedor económico. Si bien ambos roles se han modificado, algunas exigencias sociales, culturales y familiares al desempeño de la paternidad y maternidad continúan y siguen permeando la vida parental de hombres y mujeres.

<sup>9</sup> Figueroa (1993) y Ferro (1991) dan cuenta ampliamente de cómo se ha construido el instinto materno, al plantearse como una cualidad natural e intrínseca a la identidad femenina, la que, por su uso y abuso, es de entre todas las expresiones de dominación de la mujer una de las más poderosas, ya que se revela como una especial fuerza social y cultural, que cobra de ese modo una enorme incidencia sobre la mujer.

<sup>10</sup> Knibiehler (1993) afirma que la imagen predominante de la mujer durante el siglo XIX es de la “guardiana del hogar y ángel de la casa”. Se ubica a la mujer al lado de la naturaleza y al exaltar su destino biológico se hace de ella un ser débil, sensible, dulce y sumiso. Asignándose así a cada sexo un lugar en la sociedad, en la que la esfera pública será masculina y la privada será el lugar natural de las mujeres.

Respecto al valor de la maternidad<sup>11</sup> Figueroa (1993) sostiene que es tan alto en nuestra sociedad y tan propio de la mujer que el simple hecho de cuestionarla no parece tener sentido; se da por sentado que toda mujer desea y debe ser madre. Este elemento es de gran peso para las mujeres que descubren su lesbianismo antes de su etapa reproductiva, ya que viven su realidad sexoafectiva como una negación implícita de la maternidad, debido en gran medida a que las relaciones homosexuales son reconocidas como no reproductivas. Así, las mujeres lesbianas que deciden llevar a cabo roles maternos deben luchar por hacer a un lado esta idea e implementar diversas estrategias para tener hijos, ya sea biológicos o no.

Las mujeres lesbianas rompen con el *deber ser* materno impuesto social y culturalmente en diversos aspectos, uno fundamental es que son madres dentro de relaciones no heterosexuales, al hacer coincidir su deseo materno con su deseo erótico-afectivo. Este aspecto no siempre se encuentra presente en gran parte entre las madres que establecen relaciones heterosexuales, para quienes la reproducción biológica y la sexualidad son elementos totalmente unidos, mientras que para las mujeres lésbicas se encuentran completamente separados.

Un elemento más de la no correspondencia de las lesbianas al *modelo* materno, es que ellas representan, en la mayoría de los casos, el único sostén económico de sus hijos,<sup>12</sup> juegan un papel de proveedoras tanto en el aspecto económico como de cuidados y atenciones para los hijos, elemento que en la actualidad sigue estando diferenciado según el sexo del padre. Otro aspecto discordante es el que se manifiesta en torno a las labores de crianza de los hijos, ya que en los casos en los que se vive en pareja, éstas son actividades compartidas que no les corresponden exclusivamente a las madres biológicas o por opción, como sigue siendo en algunos casos entre las parejas heterosexuales.

---

<sup>11</sup> García y Oliveira (1998) ponen énfasis en los diferentes aspectos que comprende la maternidad. Su análisis se puede hacer a partir de estudios sociodemográficos sobre la fecundidad, es decir, el número de hijos que tienen las mujeres. Pero también incluye otros elementos como pueden ser los institucionales, culturales, ideológicos y psicológicos, aspectos que están vinculados al hecho de ser madre. Algunas culturas plantean que la capacidad reproductiva de las mujeres es la causa de su opresión, mientras que otras la perciben como un elemento que otorga poder a las mujeres.

<sup>12</sup> Esto no sólo se da entre mujeres lesbianas, Bruce (1999) afirma que las madres en todo el mundo desempeñan un papel esencial, e incluso en muchas ocasiones primario en la vida de los hijos, no limitándose únicamente a tener hijos y cuidar de los miembros de la familia, sino incluso representando un sostén económico para algunos miembros dependientes de la familias, básicamente niños.

La maternidad durante varias generaciones, y aún ahora para ciertas mujeres y/o sectores, ha significado para las mujeres la mayor posibilidad de realización, al establecerse el valor de las mismas a partir de su desempeño materno. El que la mujer en general encuentre satisfacción en otras áreas de su vida es un fenómeno más bien reciente. Poder hacer coincidir el desempeño profesional y/o laboral con los roles maternos no es tarea fácil y continuamente conlleva un elemento de conflicto, dolor y culpa para las mujeres.

Así mismo, para algunas madres que establecen relaciones sexo-afectivas con otra mujer, tomar en cuenta su proyecto personal de vida, junto con el desempeño materno y su identidad sexual no es tarea fácil, pero llegan a poder concretarlo. Su maternidad representa un aspecto importante en su vida, pero no el único.

El rol paterno al igual que el materno está influenciado en gran medida por la formación genérica, debido a que los roles de género colocan a cada uno de los sujetos dentro de estructuras sociales, culturales y familiares específicas, en las que aprenden y aprehenden el significado del *ser hombre*, que entre otras cosas significa ejercer roles paternos. Así pues, dentro de dicha formación genérica la paternidad representa diversos significados, básicamente en oposición dicotómica con lo que ha significado el *deber ser* materno.

El varón-padre debe cumplir con ciertos deberes, entre otros, con su papel como padre-proveedor económico que aporta los bienes materiales no sólo de los hijos, sino también de su cónyuge. Según Jiménez (2001), el modelo tradicional de ser padre, que se asentó durante muchas generaciones, contemplaba que los varones se percibieran a sí mismos, básica y exclusivamente, como una figura de autoridad e identificados ampliamente con su rol de proveedores económicos.

Según De Keijzer (2000) la paternidad<sup>13</sup> tradicional implica poco contacto con los hijos, además de delegar la mayoría de las labores de crianza, así como la formación emocional de los hijos a sus madres. Los varones que

---

<sup>13</sup> Figueroa (1998) plantea una distinción entre la paternidad biológica, es decir, tener hijos en términos biológicos y la paternidad social, que es aquella en la que se hace referencia a los deseos de tener hijos, reconocerlos y jugar roles parentales con ellos, en este segundo modelo de paternidad podríamos ubicar a los padres que tienen una identidad sexual homoerótica y que compartieron su testimonio; si bien no en todos los casos coincide con la paternidad biológica, sí existe un alto nivel de compromiso y participación parental con los niños que reciben.

ejercen dicha paternidad limitan su relación con los hijos, al cancelar diversas actividades que, tanto personal como socialmente, son consideradas como actividades femeninas o maternas.

Sin embargo, el desempeño de los roles paternos ha tenido diversas modificaciones, en buena medida por: *a)* las transformaciones genéricas, promovidas por el movimiento feminista (Clare, 2000); *b)* el acceso de las mujeres a trabajos asalariados (Castells, 1998); *c)* la posibilidad de controlar la fecundidad; y *d)* la mayor educación formal de las mujeres. Estos, entre otros eventos, han provocado diversos cambios al interior de la familia, tanto de los roles genéricos masculinos como de los roles paternos (Seidler, 2000).

Los varones homoeróticos que ejercen roles parentales no cumplen a cabalidad con estos modelos de padres, en cuanto al rol de padre tradicional existe un distanciamiento radical, ya que ninguno de los sujetos que participaron en la investigación son exclusivamente proveedores económicos, debido a que solos o en pareja proporcionan otro tipo de atenciones a sus hijos y no únicamente en cuestiones de manutención, inclusive algunos son los responsables únicos y/o directos de la ejecución de las labores de crianza y domésticas de los hijos.

Un elemento diferenciador más es que no comparten la crianza de los hijos con una mujer, con lo cual las unidades domésticas están conformadas por dos varones como figuras parentales, con las transformaciones que al interior de los roles paternos eso significa.

Otro aspecto que de facto representa una crítica a las estructuras genéricas y parentales rígidas y dicotómicas, es el hecho de que algunos de estos varones proporcionan cuidado y atención a sus hijos desde que son bebés, al ser los únicos responsables del desarrollo de éstos, sin la necesidad de una presencia femenina en quien depositar dichas tareas. Se observa a su vez una distribución de las tareas domésticas y de crianza motivada por diversos aspectos y no por la pertenencia genérica de los miembros de la pareja, ni por el imperativo parental: mujer-madre-ama de casa, varón-esposo-padre proveedor.

Considero que la crítica a los roles, tanto genéricos como parentales y a la esencialización de éstos, proporciona la posibilidad de incluir diversos

aspectos en ambos géneros y roles que pueden ser prohibitivos desde la categorización clásica o tradicional.

## EJERCICIO MATERNAL Y LABORES DE CRIANZA

Durante la investigación fue evidente que la mayoría de las madres lesbianas que entrevisté ejercen sus roles maternos de manera sumamente reflexiva –al compartir el ejercicio de su maternaje con su pareja, en el caso de que la tengan–, proceso que no detecté con tanta intensidad entre madres heterosexuales<sup>14</sup> de sectores populares. Otra distinción básica es que la mayoría de estas mujeres ejercen roles maternales porque desearon tener hijos, a veces después de una larga búsqueda, y no por embarazos inesperados o no deseados, como en ocasiones sucede entre mujeres heterosexuales.

La distribución de las labores de crianza en las familias homomaternales se establece al tomar en cuenta diversos aspectos, así como diferentes condiciones familiares y personales. Un elemento fundamental en dicha distribución de quién hace qué en relación con la crianza de los hijos, lo representa el hecho de que alguna de las dos mujeres que conforman la pareja lésbica sea madre biológica.<sup>15</sup> Dicha apropiación y/o asignación de las labores de crianza de las madres biológicas se hace aún más evidente si sólo ella tiene hijos y la compañera sentimental no; cuando ambas han llevado hijos a la familia cada madre se encarga prioritariamente de desempeñar las labores de crianza de los vástagos aportados a la unidad doméstica.

Dentro de la pareja lésbica llegar a acuerdos en torno a las labores de crianza y domésticas no es tarea fácil, en diversas ocasiones se llega después de haber vivido conflictos por causa de tareas no llevadas a cabo, por no compartir los mismos métodos de crianza ambas madres y/o por sobrecarga

<sup>14</sup> Para mi grado de maestra llevé a cabo la investigación: “Maternidades y paternidades en Valle de Chalco: Una aproximación antropológica (CIESAS-2002)”, por tal motivo, puedo comparar el ejercicio y significado de padres y madres heterosexuales y homoeróticos con la distinción que trabajé con sectores populares en la investigación anterior.

<sup>15</sup> Johnson y O’Connors afirman que “En las parejas lesbianas con hijos, ambas madres contribuyen por igual en las tareas de la casa y en la toma de decisiones. No obstante, las madres biológicas tienden a involucrarse en mayor grado con las responsabilidades del bebé [...]”.

de trabajo de una de las mujeres. Varias parejas refieren que el proceso de adaptación y de distribución de las tareas fue arduo y complicado, al tener que negociar diferentes aspectos para evitar mayor número de conflictos provocados por los hijos de una o de ambas.

En otros casos, a pregunta expresa de por qué se distribuían de tal o cual manera las labores domésticas y de crianza, sobre todo en las situaciones en las cuales los hijos llegaron a la familia después de un tiempo de establecida la pareja, la respuesta implicaba que una u otra tenía ciertas habilidades, aptitudes y preferencias de hacer determinadas labores de crianza y/o domésticas. Algunas afirmaron que la distribución se estableció a partir de que una era más *maternal* que la otra, entendido esto como lo que el *deber ser* materno señala, y con lo cual recaía en una de las dos el mayor número de las labores de crianza.

Evidentemente para las mujeres que no tenían pareja –en el momento en que compartieron su testimonio– o que no cohabitaban con ella, tanto el trabajo doméstico como las labores de crianza recaen exclusivamente en ellas, recibiendo ocasionalmente ayuda de algún hijo o hija mayor.

En el caso de las mujeres que tuvieron vida conyugal con varones –al ser éste el espacio donde concibieron a sus hijos– o con aquellos con los que llegaron a un acuerdo para lograr el embarazo, resulta evidente que ellas se hicieron cargo exclusivamente de la crianza y las labores domésticas, mientras que los varones representaron el rol de proveedores económicos, aun cuando ellas realizaran actividades remuneradas.

Las madres por elección se distribuyen las tareas domésticas y de crianza de diversas maneras, dependiendo en buena medida del momento en que llegan los hijos a la unión, o si la unión se lleva a cabo después de que alguna recibió a un hijo. En este caso, se sigue la misma estrategia que entre las madres biológicas, la madre por elección que llevó al hijo a la unión se encarga mayoritariamente de las labores referidas. Entre aquellas que reciben conjuntamente a los hijos, la distribución de tareas se da al tomar en cuenta cuestiones personales: tiempo disponible para llevarlas a cabo y/o agrado o desagrado por desempeñar tal o cual labor.

Entre las madres por opción, que son aquellas que juegan roles maternos por unirse con mujeres que tienen hijos, la integración de éstas en las labores de crianza se va dando de manera paulatina, en las cuales la edad de

los hijos al momento de la unión representa un punto importante, ya que a menor edad de los hijos el proceso de adaptación es más rápido, mientras que si los hijos se encuentran en la pubertad y/o adolescencia la convivencia se torna tensa, no únicamente por la realidad sexoafectiva de las madres, sino también por la etapa por la que están atravesando los propios hijos.

Ejercer la maternidad viviendo con la pareja –si una o ambas aportaron hijos a la unión– les ha resultado complicado, debido en buena medida al desconocimiento que hay respecto a las formas de ser de los hijos de la pareja, cuestión que al iniciar la vida en común empiezan a descubrir. Un elemento más lo conforma el hecho de que la unión de dos mujeres implica la unión de dos familias, con las diferencias que tiene cada una en sus estilos de maternaje, de comportamiento con los hijos, de crianza, de prioridades e intereses familiares.

Dentro de estos acuerdos de crianza se encuentra la necesidad de establecer la forma en que los hijos llamarán a cada una de las mujeres de la pareja parental. Así como existen diferencias en la distribución de labores de crianza si la pareja se forma antes de tener hijos, o si se conforma aportando vástagos ambas o sólo una, la forma de llamar a la otra mujer también está influenciada por el momento en que se inicia la pareja y la edad de los hijos.

Si la pareja de manera conjunta recibe a niños en su hogar, en el inicio ambas serán llamadas de una forma que denote elementos maternales (“mami”, “mamá”, “madre”), si se forma cuando los hijos ya son mayores, se pueden utilizar distintas denominaciones, desde aquellas que manifiestan algún parentesco, como en el caso en el que se le llama “mamá” a la madre biológica o por elección y a la pareja de ésta como tía, o incluso cuando se usa únicamente el nombre propio de la compañera, esto resulta más común si la cohabitación inicia cuando los hijos son púberes o adolescentes.

## APRENDIZAJE DE LOS ROLES MATERNOS

Los datos empíricos me permitieron reflexionar respecto a la forma en que estas mujeres aprendieron a desempeñar sus roles de madre. Todas coinciden en que su función materna –tanto en las cuestiones que abarcan las labores de crianza como en ciertos elementos que están presentes en el

significado que le dan a la maternidad— está fuertemente influenciado por el desempeño y el significado elaborado por sus propias madres o, en su caso, por mujeres que representaron para ellas roles maternos como alguna abuela o tía.

Sin embargo, aun cuando reconocen una fuerte influencia en su ser materno de su madre y/o figura materna, algunas consideran que han innovado ciertos aspectos como son: la cercanía con sus hijos; el evitar ser violentas con ellos; el reflexionar sobre su rol materno y reconocer que la maternidad es importante en su vida, pero que no es lo más importante y que conforma uno de muchos otros aspectos.

Otra modificación que se observa, al igual que entre las madres que llevan a cabo la crianza de los hijos en uniones heterosexuales, básicamente entre las de clase media, es el hecho de ejercer roles maternos más negociados con los hijos, es decir, establecer ciertos convenios para que sus vástagos realicen las actividades que deben de llevar a cabo. No ejerciendo su maternidad de modo autoritario, ya que en todo momento toman en cuenta las decisiones de los hijos; no pretendo decir con esto que la disciplina y obligaciones que los niños y/o adolescentes tengan desaparezcan, pero son capaces de negociar, incluso con los hijos pequeños, acerca de permisos, tiempos de ocio, paseos, obligaciones, etcétera.

Algunos estudios sobre la maternidad (Jelín, 1998) afirman que si bien las mujeres-madres reciben violencia de parte de sus cónyuges masculinos, a su vez la ejercen sobre sus hijos, con lo que se observa una cascada de violencia de acuerdo con la jerarquía que ocupe cada miembro dentro de la organización familiar o unidad doméstica. Algunos de los testimonios vertidos por las mujeres que nos ocupan reconocen haber vivido situaciones de violencia física y emocional por parte de sus madres, y afirman que esa cuestión se presentó de manera más intensa con sus padres.

Al ejercer roles maternos tienen la firme decisión de hacerlo sin violencia, y luchan cotidianamente por dejar de lado tanto la violencia física como la emocional. Parten de su propia percepción y testimonios, reconocen una mejor relación con sus hijos, más conocimiento sobre sus sentimientos, emociones y los sucesos de su vida, con una presencia mínima (comparada con su propia experiencia como hijas) y esporádica de violencia, hecho que

cuando se presenta las hace sentir culpables, por lo que establecen estrategias diversas para evitarlo.

Una de las estrategias que llevan a cabo para erradicar la violencia es iniciar y trabajar en procesos reflexivos, ya sean terapéuticos personales o con grupos de ayuda. Dicho proceso tiene comienzo, en ocasiones, desde el momento en que descubren su condición homoerótica. Si bien algunas todavía están parcialmente dentro del “clóset”,<sup>16</sup> todas se han autoaceptado a sí mismas, proceso que han llevado a cabo a partir de la reflexión al menos a nivel personal.

Esta habilidad para reflexionar les proporciona beneficios en distintos ámbitos de su vida, por ejemplo, en la capacidad de negociación respecto a la distribución de las tareas de crianza; en reconocer su deseo materno y, en su caso, lograr llevar a niños a su unidad doméstica o familia, así como adquirir la habilidad de repensar sus roles maternos.

Un elemento fundamental, al menos para los casos en los cuales los sujetos descubren sus deseos homoeróticos antes de su etapa reproductiva, es el hecho de que se convierten en madres completamente convencidas de que quieren jugar dicho rol, no existen embarazos no deseados o inesperados. Lograr tener un hijo en algunos casos es producto de un gran esfuerzo y después de una larga búsqueda.

## EJERCICIO PATERNO Y LABORES DE CRIANZA

Entre los varones homosexuales que desempeñan roles parentales, la división de las labores de crianza se da de diversas maneras, en ellos incide en menor medida el aspecto biológico, ya que pocos de los hombres que me ofrecieron su testimonio son padres biológicos.

---

<sup>16</sup> Tanto dentro del ámbito lésbico-gay como heterosexual se utiliza el término “clóset” para hacer referencia al conocimiento o desconocimiento que tienen las personas (familiares, amigos, empleados, empleadores, vecinos, etc.) respecto a la identidad homoerótica de los sujetos. En diversas presentaciones que hice de los avances de investigación, se me cuestionó el hecho de que usaba un término coloquial como es “clóset” en una investigación científica, decidí utilizarlo debido a que tanto los mismos sujetos homoeróticos como diversa bibliografía al respecto lo utiliza, además, usar este término es, de acuerdo con la antropología, una manera de dar voz a los que no la tienen.

Los varones que establecen relaciones homoeróticas piensan en tener hijos, quizá igual que aquellos que establecen relaciones heterosexuales; aunque existe un impedimento, su realidad sexoafectiva los coloca ante una disyuntiva: vivir dentro de relaciones con personas de su mismo sexo, con la posibilidad de nunca ser padres o tratar de establecer relaciones con una o más mujeres, para poder llevar a cabo su deseo de ejercer roles paternos

La posibilidad de lograr una vida homoerótica que a su vez contemple la paternidad, es una realidad que se les plantea cuando ya han vivido muchos años de un proceso de autoaceptación, lo cual les posibilita ampliar su panorama y así considerar que existen diversas opciones para vivir de acuerdo con sus deseos y necesidades, tanto sexoafectivas como parentales.

Una vez que tienen hijos, en el desempeño de las labores de crianza ciertas parejas toman en cuenta inclinaciones personales, como es el caso de que alguno de los dos tenga más gusto y/o facilidad para ciertas tareas o mayor paciencia con los hijos; otra modalidad es que lleven a cabo una división por tiempo, con lo que le corresponde a uno cubrir las mayores labores de crianza ciertos días u horarios, y después al otro.

Las labores de crianza se empiezan a realizar de manera diferenciada en cuanto llegan los hijos, sin una negociación previa acerca de quién va a hacer qué. Resulta interesante que al menos en las tres parejas con las que trabajé, uno se apropió de casi la totalidad de dichas labores, mientras que el otro juega un papel menos activo en dichas actividades.

Esta dedicación de uno de los dos padres de manera casi exclusiva al cuidado de los hijos resulta evidente, ya que incluso organizan el horario de sus actividades productivas a partir de las de sus vástagos; ya sea al elegir trabajos con disponibilidad de tiempo o al buscar llevar a cabo actividades remuneradas que puedan realizar desde su domicilio. Incluso algunos estuvieron dispuestos a renunciar a sus trabajos asalariados una vez que llegaron los hijos para estar atentos a sus requerimientos, con lo que representan un papel fundamental dentro de la organización familiar y ante los vástagos.

Denominé a los padres que realizan la mayor parte de las labores de crianza como *figura de crianza central*, ya que representan para los hijos e hijas la persona fundamental que les prodiga atención, cuidado y amor. Ellos abarcan casi la totalidad de las necesidades físicas, psicológicas, edu-

cativas y emocionales de los hijos, si bien cuentan con el apoyo consistente y comprometido de sus parejas, así como su participación en el cuidado de los hijos; resulta muy claro tanto para la pareja como para los vástagos quién tiene un papel notable tanto dentro de la organización familiar en general como para los hijos y la pareja en particular.

No se debe dejar de lado que estos varones, aunque vivan en un contexto de relaciones sexuales y afectivas homoeróticas, recibieron una formación genérica, con todas las reglas o predisposiciones que el ser hombre significa. Debido a que estos hombres fueron formados bajo los roles de género que imperaban hace tres o cuatro décadas, cuando dichos roles no estaban flexibilizados y el movimiento feminista no se había dado, resulta todavía más interesante que aun con dicha formación genérica, la totalidad de estos varones –algunos de manera mucho más evidente (figura de crianza central)– logran flexibilizar sus roles genéricos y se permiten hacer labores que dentro de las figuras parentales tradicionales no coinciden con el rol de padre

Existe tanto cultural como personalmente una categorización implícita de las labores de crianza y domésticas como actividades femeninas, en buena medida por dicha razón resulta comprensible que estos padres figura de crianza central y sus parejas se autodenominen como más o menos maternales, por lo que ésta es una razón fundamental para la división de las tareas de crianza y domésticas. Incluso los hijos, cuando son pequeños, reconocen al padre figura de crianza central con elementos maternos, preguntándole en ocasiones si nacieron de ellos o si ellos son sus mamás.

Los términos que utilizan los hijos para nombrar a ambos padres, varía al igual que entre las mujeres según el momento en que llegan los hijos, es decir, antes o después de que se conforme la pareja; en el caso de las parejas que compartieron su testimonio, los hijos llegaron después de que iniciaron su relación sexoafectiva, en buena medida, por esto los hijos llaman a ambos padres “papá”, diferenciándolos únicamente por el nombre propio (“papá Juan” y “papá Pedro”).

Decidí construir el término de figura de crianza central para separar las labores de crianza y el cuidado de los menores de la figura femenina. Las transformaciones genéricas han permitido observar las diversas capacidades que tienen los seres humanos, indistintamente del género al que pertenezcan,

sin duda estos varones demuestran de modo amplio que el cuidado y acompañamiento en el desarrollo de los menores no necesariamente debe ser desempeñado por una mujer-madre, sino que cualquier persona, con disposición para comprometerse a ser parte de la vida de un menor, puede desarrollar esas labores, independientemente del sexo, del género, de la preferencia sexual y de la existencia o no de parentesco sanguíneo y/o jurídico.

Si bien hasta aquí he resaltado diversos aspectos innovadores, tanto de la maternidad lésbica como de la paternidad homoerótica, es importante destacar que así como pude observar transformaciones, que se dan en cualquier proceso de cambio, también se observan ciertas resistencias y continuidades.

Aunado a estos elementos operativos sobre los cuidados de crianza y domésticos, se pueden observar ciertas transformaciones en los discursos que tienen respecto al género y los roles sexuales, enseñándoles y haciendo género con los hijos e hijas desde una visión más equitativa y con posibilidades de desarrollo para ambos.

Sin embargo, se observan ciertas tensiones, ya que a veces siguen realizando divisiones genéricas dicotómicas, como cuando un miembro de una pareja lesbiana le dijo a su hijo varón de cinco años que se estaba besando con su primo más o menos de la misma edad: “los hombres no se besan en la boca, sólo en la mejilla”. Sin duda en todo proceso de transformación hay cambios y continuidades, quise plantear aquí algunas innovaciones.

## CONCLUSIONES: HOMOFOBIA Y CIUDADANÍA SEXUAL

En la época moderna y con la construcción del discurso de la heterosexualidad obligatoria, las diversas formas de prácticas sexoafectivas que se salen de dicha norma han sido ampliamente sancionadas e invisibilizadas; la homofobia<sup>17</sup> que han padecido los hombres y mujeres homoeróticos llega en ocasiones a derivar en asesinatos porque los sujetos no eligen como pareja sexual y/o amorosa a una persona del sexo opuesto.

---

<sup>17</sup> La homofobia es definida como el rechazo, aversión, odio, miedo, prejuicio o discriminación irracional a la homosexualidad (Riesenfeld, 2000), la bisexualidad, las personas transgénéricas y a todas las personas que integran la diversidad sexual.

Los hombres y mujeres que compartieron sus testimonios han vivido de diversas maneras e intensidades la homofobia, así como en distintos momentos de su vida; en ocasiones algunos han experimentado incluso una fuerte homofobia interna. La etapa en la cual se han sentido más vulnerables es la que se presenta al inicio de su autorreconocimiento homoerótico, pues padecen diversos actos de discriminación, sobre todo, entre los varones adolescentes.

Una expresión de la homofobia es el negarles el derecho que tienen a ejercer roles parentales; la negativa social que existe para reconocer las diversas aptitudes que puedan tener como madres o padres, independientemente de su identidad sexual, es una muestra clara de homofobia.

Las homofamilias han padecido diversas expresiones de este tipo de discriminación, a veces de parte de su propia familia de origen o extensa, de algunas instituciones educativas a las que llevan a sus hijos, o de su ámbito social inmediato. Un aspecto que ellos reconocen como fundamental en la lucha contra la homofobia, de la cual son víctimas, es empoderarse, al construir un discurso de la homosexualidad positivo, en el cual incluyen a sus familias en diversos niveles, así como en el entorno social en el que se desenvuelven.

Lo anterior se encuentra en relación estrecha con el propio proceso de la salida del clóset,<sup>18</sup> ya que si han avanzado en este proceso, existe cierto empoderamiento, debido a que no se sienten vulnerables de ser descubiertos por otros, porque son ellos mismos quienes comparten, con la gente que deciden, sobre su identidad sexual desde un concepto positivo de la homosexualidad y no desde la discriminación y la homofobia.

Como parte de uno de los mecanismos para erradicar la homofobia y buscar las condiciones de trato digno para los hombres y mujeres homoeróticos, algunos grupos<sup>19</sup> de la diversidad sexual buscan promover el reconocimiento de la ciudadanía sexual; esta propuesta plantea la capacidad de las personas de decidir respecto a la vivencia de su sexualidad con el respaldo y reconocimiento del Estado.

<sup>18</sup> Compartir con otros sobre su identidad homosexual.

<sup>19</sup> Por ejemplo, la Comunidad Equidad de Bolivia.

Al partir de que la identidad, la orientación, la opción y prácticas sexuales son dimensiones de la vida individual y colectiva y deben ser incluidas en el ámbito de los derechos ciudadanos, se busca, mediante la construcción de ciudadanía sexual, integrar la legitimación social y jurídica de diferentes identidades y prácticas sexuales en el marco general de los derechos universales de las personas.

Sin duda, el no reconocimiento de la vivencia de la paternidad, así como de las relaciones de pareja<sup>20</sup> que establecen y de las familias que estas mujeres y hombres conforman, es una violación a los derechos humanos y civiles de estas personas. Estas realidades personales, reproductivas y familiares son una muestra clara de que, aun cuando no existan mecanismos jurídicos que reconozcan formas diversas de ser y hacer familias o de establecer relaciones amorosas, la vivencia cotidiana va más allá de los preceptos.

Incluso muchas personas pueden creer que los homosexuales no tienen familia, que no se unen, que sus relaciones no perduran, que no desean cuidar hijos; el presente trabajo y otras experiencias cotidianas son una muestra clara de que por el hecho de no ver una realidad no significa que ésta no exista y/o desaparezca.

Las diversas vivencias de los grupos de la diversidad sexual, así como otras realidades, nos remiten a pensar que existen muchas situaciones de hecho que no se reflejan en situaciones de derecho. Armonizar la vivencia social y personal con el disfrute pleno de los derechos humanos y civiles es una factura pendiente.

Sin duda, generar conocimiento sobre esta realidad social resulta fundamental, porque contribuye a la reflexión sobre el género y el ejercicio de los roles maternos y paternos. Saber y conocer sobre maneras distintas de hacer y ser familia es importante, ya que permite tener una visión de la diversidad, además de que en este caso en particular contribuye a luchar contra la homofobia, porque si partimos de que ésta se da en buena medida por desconocimien-

---

<sup>20</sup> Esto sigue sucediendo aun con la aprobación de la Ley de Sociedades de Convivencia o del Pacto de Solidaridad Social, ya que estas figuras jurídicas se crearon por la negatividad de homologar estas relaciones a matrimonios heterosexuales, con los derechos y obligaciones que estos otorgan. Si bien las leyes recién aprobadas no son para uso exclusivo de la comunidad homosexual, una muestra del reconocimiento de sus derechos permitiría que ellos y ellas tuvieran la posibilidad de decidir por una u otra.

to y miedo al diferente, una aproximación a la vida de los hombres y mujeres homoeróticas contribuye, sin duda, a crear cierta empatía.

Una reflexión que se impone al analizar estos temas, es buscar las similitudes y las diferencias entre los seres humanos, no a partir de prejuicios ni de obligaciones del deber ser, sino a partir de la forma en que los seres humanos, desde sus particularidades, organizan y viven su cotidianidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfarache, Ángela G. (2001-2002). Las mujeres lesbianas y la antropología feminista de género. *Revista OMNIA* (pp. 92-102). México: UNAM.
- Benería, Lourdes y Roldán, Martha (1992). *Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la Ciudad de México*. México: Colmex, FCE/Economía Latinoamericana.
- Bruce, Judith (2005). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (1999). *La familia en la mira. Nuevas perspectivas sobre madres, padres e hijos*. Nueva York: The Population Council.
- \_\_\_\_\_ (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: PUEG-UNAM-Paidós.
- Butler, Judith (1990). *Gender Trouble: Feminism and the subversion of identity*. Nueva York: Routledge.
- Cadoret, Anne (2003). *Padres como los demás, homosexualidad y parentesco*. Barcelona: Gedisa Punto Crítico,
- Castells, Manuel (1998). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Volumen II. México; Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1999). *La era de la información: Economía, sociedad y cultura*. Volumen I. México: Siglo XXI.
- Clare, Anthony (2000). *Hombres. La masculinidad en crisis*. Madrid: Taurus.
- Espinosa Islas, Sara (2005). "Familias de elección: hogares conformados por madres lesbianas". México: Tesis UAM-Xochimilco.
- Ferro, Norma (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. España: Siglo XXI.

- Figuroa, Juan Guillermo (1993). *Representación de la sexualidad. Algunas reflexiones*. México: Secretaría de Salud. Subdirección de Servicios de Salud. Dirección General de Planificación Familiar.
- \_\_\_\_\_ (comp.). (1998). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: Colmex.
- García, Brígida y Oliveira, Orlandina (1998). *Trabajo femenino y vida familiar*. México: Colmex.
- Haces Velasco, María de los Ángeles (2002). Maternidad y paternidades en Valle de Chalco: una aproximación antropológica. México: Tesis-CIESAS.
- Jelin, Elizabeth (1998). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. México: FCE.
- Jiménez Guzmán, Ma. Lucero (2001). La reproducción de los varones en México. El entorno sexual de la misma. Estudios de Casos. Tesis. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. México: UNAM.
- Johnson, Suzanne y O'Connor, Elizabeth (2001). *Madres lesbianas. Guía para formar una familia feliz*. México: Lúmen.
- Keijzer, Benno de (2000). Paternidades y transición de género. En: Fuller, Norma. Paternidades en América Latina. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú: Fondo Editorial.
- Knibirhler, Yvonne (1993). Cuerpos y corazones. En: Duby y Perrot. *Historia de las mujeres en Occidente* (tomo 8, pp. 15-61). Madrid: Taurus.
- Lamas, Marta (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, UNAM, Porrúa.
- Núñez, Guillermo (2001). Reconociendo los placeres, deconstruyendo las identidades y homoerotismos en México. *Revista Desacatos 6. Sexualidades* (primavera-verano, pp. 15-34). México.
- Núñez, Guillermo (2005). *La diversidad sexual y afectiva: un nuevo concepto para una nueva democracia*. Inédito.
- Riesenfeld, Rinna (2000). *Papá, mamá soy gay. Una guía para comprender las orientaciones y preferencias sexuales de los hijos*. México: Grijalbo.
- Riquer, Florinda (1996). La maternidad como fatalidad. En: Lartigue y Ávila (comps.). *Sexualidad y reproducción humana en México* (vol. I, pp.195- 217). México: Plaza y Valdés/UIA.

- Rojas Martínez, Olga Lorena (2000). *Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México: Un acercamiento cualitativo al papel desempeñado por los varones en el ámbito reproductivo y doméstico*. México: Colmex.
- Scott, Joan (2005). Política familiar feminista. En: *Matrimonio homosexual, familia homoparental*. *Debate Feminista* (año 16, vol. 32, octubre 2005, pp. 37-51). México.
- \_\_\_\_\_ (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: PUEG/UNAM.
- \_\_\_\_\_ (1992). Igualdad versus diferencia: los usos de la teoría posestructuralista. *Debate feminista* (vol. 5, marzo, pp. 85-104). México.
- Seilder, Víctor (2000). *La sin razón masculina*. México: Paidós (Género y sociedad).
- Zimmerman, Don y West, Candace (1999). Haciendo género. En: *Sexualidad, género y roles sexuales*. Marysa Navarro, Catherine R. Stimpson (comps.). Argentina: FCE.



# EROTISMO Y JÓVENES: EL PLACER EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD<sup>1</sup>

YURIRIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ<sup>2</sup>

## INTRODUCCIÓN

**E**n este trabajo se busca evidenciar el debate pendiente sobre el placer en el campo de los estudios en las Ciencias Sociales sobre la sexualidad. Se presenta una parte de los resultados de una investigación acerca de los significados del erotismo en jóvenes de la Ciudad de México que derivaron algunas reflexiones teóricas y metodológicas en torno a la ausencia del tema del placer en la investigación social de la sexualidad en nuestro país. El tema de la(s) sexualidad(es) genera procesos que repercuten en la construcción misma del investigador como sujeto sexual, así como en la delimitación teórica y metodológica del objeto de estudio.

---

<sup>1</sup> El presente capítulo se deriva de una tesis de doctorado: "Indagaciones sobre el placer y el erotismo en adolescentes del sector medio alto de la Ciudad de México", la cual recibió en la UAM la recomendación unánime por parte del jurado para ser publicada. Integraron el Comité de Tesis la Dra. Ana Amuchástegui Herrera; la Dra. Humbelina Loyden, presidenta, y como vocales: Dra. Ivonne Szasz, Dra. Adriana Ortiz-Ortega, Dra. Ángeles Sánchez Bringas.

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Directora de Género y Salud en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

En esa investigación busqué aportar evidencias respecto a cómo viven la sexualidad las y los jóvenes de clase media y media alta que no comparten las necesidades económicas y de salud y educación con aquellos jóvenes de sectores socioeconómicos más bajos. Así, mi intención consistió en aportar elementos para nuevos debates sobre la sexualidad de las y los jóvenes, especialmente en cuanto a la relación de sus experiencias eróticas, y los significados que les otorgan, con las condiciones de posibilidad que su contexto socioeconómico les ofrece para el erotismo.

A partir de los hallazgos de investigación se hizo evidente que la heterosexualidad obligatoria también ha impregnado el campo de los estudios sociales de la(s) sexualidad(es) y que es necesario dar paso al estudio del placer haciendo un quiebre con esa normatividad en el campo investigativo. Asimismo, se enfatiza la necesidad de producir conocimiento para comprender la dimensión placentera y sus significados integrados en la(s) sexualidad(es). El debate pendiente sobre el placer en el campo de los estudios sociales sobre sexualidad(es) se hizo presente a partir de los hallazgos obtenidos en cuanto a la experiencia del placer en la investigación sobre erotismo y jóvenes que realicé como tesis doctoral. Se trata de aspectos que surgieron de los datos y que no se encuentran en los hallazgos de otras investigaciones de sexualidad de jóvenes (Arias y Rodríguez, 1998; Amuchástegui, 2001; Carrillo, 2003).

Al inicio, mi proyecto de investigación tenía el objetivo general de conocer, desde la perspectiva de género, los significados del erotismo en un caso de jóvenes de un sector de clase media alta de la Ciudad de México a finales de la década de 1990. En una primera etapa me planteé como objetivos específicos el establecer un marco referencial para contextualizar a jóvenes en un sector de clase media-alta, así como indagar sus experiencias eróticas y describir las de acuerdo con los significados atribuidos por ellos al erotismo y al placer. Como es sabido, el inicio de una investigación cualitativa puede entenderse como una tarea entre otras, en la que cada una es susceptible de transformación, revisión y cuestionamiento. Al comenzar una investigación con enfoque metodológico cualitativo se inicia un mundo de estrategias en el cual se va diseñando el curso de la investigación, de manera que “son los objetivos los que marcan el proceso de investigación cualitativa” (Dávila, 1999:77).

La investigación consistió en un estudio exploratorio con estudiantes de una escuela preparatoria privada de la Ciudad de México, cuyo enfoque educativo era de corte activo e incluía actividades de educación sexual integral.<sup>3</sup> Realicé entrevistas narrativas en profundidad a 16 jóvenes de entre 17 y 18 años, ocho mujeres y ocho hombres. Eran jóvenes de un sector de clases media y media alta, si consideramos que los ingresos de sus padres oscilaban entre los 20,000 y los 60,000 pesos al mes.<sup>4</sup> Invité a participar a este grupo de jóvenes conformando una muestra intencional en un sentido opinático (Ruiz Olabuénaga, 1996). Cabe recordar que el muestreo opinático es intencional y consiste en que quien investiga “seleccione a los informantes que van a componer la muestra siguiendo un criterio estratégico personal” (Ruiz Olabuénaga, 1996:64). Así, el criterio estratégico que utilicé fue que las y los jóvenes de esa escuela aceptaran voluntariamente participar y firmaran un formato de consentimiento informado.

De alguna manera, estos jóvenes son parte de un segmento de las clases media y media alta caracterizado no sólo por sus ingresos, sino también por su formación profesional e intelectual, así como por cierta visión liberal en términos de considerar la autonomía de los individuos, la capacidad de tomar decisiones, discursos sobre la autonomía y la independencia. También se caracteriza por escoger escuelas para sus hijos en las que la educación no tenga un corte tradicionalista sino más bien activo, en el cual se priorice la formación de los individuos en un sistema participativo y de ejercicios y desarrollo de habilidades para la negociación, la toma de decisiones, el diálogo, entre otras. Se trata principalmente de escuelas privadas cuya metodología pedagógica está basada en abordajes progresistas y críticos como el de Paulo Freire, María Montessori,<sup>5</sup> incluso combinando con una formación multicultural. Los entrevistados mencionaron que ellos y sus amigos acuden

---

<sup>3</sup> En este artículo, al igual que en la tesis que reporta la investigación, utilizo nombres ficticios para los sujetos.

<sup>4</sup> Ese ingreso podía ser de las personas con quienes viven, ya sea el padre o madre y, en ocasiones, la nueva pareja. Uno de los jóvenes me comentó que sus padres ganaban casi 70,000 pesos, y una de las mujeres me dijo que el salario de su papá y su mamá era de casi 90,000 pesos al mes. Además, en la conversación que tuve con la directora de la escuela verifiqué con su información el nivel de ingresos de las familias de estos jóvenes, las zonas en las que viven, las actividades laborales más comunes de sus padres y madres, así como su nivel de educación formal.

<sup>5</sup> Sobre estas propuestas véase a Paulo Freire (1971) y María Montessori (1986).

a instituciones como el Colegio Madrid, el Lancaster School, el Colegio Alemán, el Logos-Colegio de Bachilleres, el Colegio Franco Mexicano, entre otras. Por mencionar algunos ejemplos de los ámbitos profesionales y sociales en que se mueven los padres y las madres de muchos de estos jóvenes, se puede ubicar los de la política, los escenarios de arte y cultura, los espacios de intelectuales y académicos universitarios principalmente públicos, círculos de convivencia social y cultural cuyo eje de articulación es el lugar de origen de los padres y/o abuelos. En algunos casos, también aparece la vinculación a algún espacio de convivencia de la religión judía o de Testigos de Jehová.

El contexto económico y sociocultural de este grupo de jóvenes contribuye a situarlos de alguna manera como parte de las definiciones modernas de juventud, en tanto que son dependientes económicamente de sus padres y están dedicados únicamente a su educación. Al parafrasear a Ursúa (2000), estos jóvenes son parte de los territorios en la vida de ciertos grupos urbanos; pero por sus condiciones de vida no forman parte de los “grupos vulnerables” que sirven de base para el desarrollo de investigaciones y programas de intervención en sexualidad de jóvenes en la actualidad. Los discursos modernos de la autonomía que se cruzan con otros discursos en la cotidianidad de estos jóvenes los constituyen como un sector en el que las rutas biográficas esperadas no necesariamente siguen la normatividad sexual (Esteinou, 2005).

Al ser parte de un segmento particular de los sectores medios y medios altos, este tipo de jóvenes no han sido incluidos en el estudio de la(s) sexualidad(es) ni en el planteamiento de las políticas públicas en materia de prevención y salud sexual. De hecho, el contexto del estudio que planteé al inicio de este trabajo no incluye datos específicos sobre jóvenes de este sector debido a la inexistencia de información correspondiente y la casi nula documentación en la literatura mexicana de aspectos relativos a su sexualidad. Como lo muestra la literatura (Szasz, 2003; Liguori y Szasz, 1996) en México se ha producido un amplio bagaje de investigación social sobre sexualidad y de estudios acerca de este tema en jóvenes, pero con un enfoque de atención y elaboración de propuestas a grupos vulnerables.

Del trabajo y notas de campo de la investigación, así como del análisis inductivo de las transcripciones de las entrevistas en profundidad surgió la

pregunta acerca de cuál es el papel del erotismo en la conformación de la subjetividad. De acuerdo con Babbie (2004) y Esterberg (2002), el método inductivo es fundamental para el diseño y desarrollo de la metodología cualitativa. Para responder la pregunta acerca de cuál es el papel del erotismo en la conformación de la subjetividad, consideré al género como modelo relacional entre el deber ser femenino y masculino que establece mandatos y demandas de identidad a los sujetos. El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, en las que, como campo primario, se articulan relaciones de poder (Scout, 1990; Butler, 2001). Si partimos de las propuestas de Michael Foucault (1987) acerca de que el poder no se tiene, sino que se construye y re-construye, entonces no hay distribuciones fijas sino formas de ejercer el poder. Las maneras de ejercerlo, resistirlo y transgredirlo contribuyen a la organización de la vida social y, por tanto, a la formación de las referencias del sistema de género al mantener el control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos, su acceso y distribución. De ahí que el género está implicado en la construcción del propio poder, también en la experiencia sexual enmarcada en normas que tratan de imponer lo que debe ser una mujer o lo que debe ser un hombre en una sociedad determinada.

Al buscar comprender el papel del erotismo en la conformación de la subjetividad basándome en un marco conceptual con planteamientos de Foucault (s/f, 1984, 1987, 1988) y de Judith Butler (1993, 1996, 1997, 2001), construí categorías conceptuales para comprender lo que llamé la cinética de la subjetividad<sup>6</sup> ante la interpelación de los mandatos de género en la vida sexual de estos

---

<sup>6</sup> Lo que planteo en esa investigación es que la cinética de la subjetividad corresponde a la dinámica subjetiva que se presenta ante la interpelación de los mandatos de género para la sexualidad. El sujeto responde de alguna manera a dicha interpelación construyendo su experiencia en el marco de las relaciones de poder implicadas a través de dichos mandatos. La dinámica subjetiva sobre sí mismo puede mostrarse en la construcción de su experiencia como un sujeto consonante o disonante (García, 1993) a los mandatos de la sexualidad de género, aunque no de manera fija e inamovible. Se trata de una cinética de la subjetividad en la que el sujeto no se limita a colocarse de una u otra manera, como consonante o disonante, sino que la dinámica subjetiva dada a partir de la interpelación lo introduce en constantes desplazamientos entre diferentes posicionamientos subjetivos, en consonancia con algunos mandatos y disonancia con otros, según el tiempo y el espacio en que construye la experiencia. Si, como afirma García (1993), la subjetividad presenta dos opciones en el proceso de sujeción, podemos decir que esas opciones establecen posicionamientos subjetivos de consonancia y disonancia ante los mandatos de género.

sujetos. Recordemos, retomando a Butler (1993), que los mandatos sociales de sexualidad se hallan principalmente centrados en la heterosexualidad, pero se entrelazan con el género, legitimando una sexualidad para los hombres y otra para las mujeres. De ahí que podamos hablar de una sexualidad de género, lo que hace necesario asumir que la constitución de los individuos en sujetos de placer está enmarcada en el cruce de esas demandas sociales entrecruzadas de los discursos hegemónicos de género y de sexualidad.

La interacción de los discursos dominantes de la sexualidad de género configura un marco constitutivo de los sujetos de deseo y de placer sexual, que contribuye de cierta manera a significar su experiencia erótica y responder ante dichos mandatos en el proceso de constituirse como tales. La subjetividad es el resultado del proceso en el que el sujeto asume o resiste en las relaciones de poder configuradas con base en los mandatos sociales. El sujeto se resiste en una dinámica constante en la que interviene activamente en la construcción de esa relación consigo mismo que también está influenciada por el devenir histórico de la cultura y la sociedad en la que se desenvuelve.

Desde ese marco conceptual construccionista, analicé la cinética de la subjetividad presente en los relatos que obtuve en las entrevistas. En sus narraciones observamos las múltiples maneras en que los sujetos, mujeres y hombres, responden en una dinámica subjetiva que toma posicionamientos también subjetivos frente a los mandatos sociales, de manera que realizan prácticas identificatorias frente a los modelos dominantes de género; pero también asimilando otros modelos en la autogestión al negociar sus identidades.

## LA INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE EL PLACER: UNA REFLEXIÓN METODOLÓGICA Y TEÓRICA

Los hallazgos de mi investigación mostraron una limitación fundamental del marco histórico y teórico inicial: los testimonios sobre el placer, obtenidos en las entrevistas, lo rebasaron. Esto me llevó a una reflexión metodológica y una teórica al final de la investigación que voy a plantear enseguida.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Esta reflexión también fue resultado de la investigación.

De acuerdo con Amuchástegui (1995), el material producido en el trabajo de campo tiene un efecto sobre los investigadores. Particularmente, el tema de la sexualidad genera procesos que repercuten en la construcción misma del investigador como sujeto sexual. De ahí que al desarrollar mi investigación, llegué al límite de enfrentar las dos alternativas que expone Amuchástegui (1995): la de asumir la demanda de la neutralidad del investigador y la noción de una realidad objetiva que se puede conocer; o bien, la de explicitar los efectos de todo el proceso y el material producido, situando la producción del conocimiento en su contexto y sus limitaciones. Tomar la primera opción implica negar o hacer caso omiso de los efectos que la investigación y mi objeto de estudio me produjeron. La segunda implica reconocerlos, admitirlos, explicitarlos. Esta última fue la que tomé con base en el principio metodológico de la reflexividad y la rigurosidad en congruencia con el marco epistemológico y metodológico de mi estudio cualitativo y exploratorio.

La fuerza de los testimonios en sus contenidos sobre el placer me dirigió al análisis de los datos y su interpretación para responder la pregunta de investigación retomando el marco teórico e histórico inicial, pero buscando nuevas reflexiones sobre el placer. En el marco teórico inicial resalté la importancia de considerar a la sexualidad como una construcción histórica, los elementos que la constituyen en el contexto mexicano, y su relación con la regulación del placer y el erotismo, así como el cruce con el género como eje de desigualdad social. Asimismo, planteé al género como categoría de análisis estableciendo conceptualmente su importancia para comprender la conformación de los mandatos sociales para una sexualidad de género que es diferencial para hombres y mujeres. Y, como basamento de la conceptualización del sujeto de la experiencia, establecí las nociones de subjetividad a partir de las cuales posicioné la mirada teórica para el análisis de las entrevistas.<sup>8</sup> Todo lo anterior fundamentó el recorrido metodológico que seguí en esa investigación.<sup>9</sup>

Situada en el enfoque metodológico cualitativo, asumí los procedimientos de análisis documental y de trabajo de campo para configurar mi objeto de estudio –los significados del erotismo en estos jóvenes– y

---

<sup>8</sup> Véase el capítulo III de la tesis en Rodríguez (2006).

<sup>9</sup> Véase el capítulo IV de la tesis en Rodríguez (2006).

abordarlo de una manera congruente y rigurosa, asumiendo también que “los objetos sociales se encuentran en un proceso de constante devenir, de continua creación y recreación, de constante reproducción y transformación. Reencontramos de esta forma la dimensión histórica de la realidad social” (Ibáñez, 1989:125).

Cuando inicié el planteamiento de la temática de la sexualidad juvenil en mi investigación doctoral, a finales de 1997, tenía el interés primordial de profundizar en el conocimiento de las representaciones sociales de la sexualidad en jóvenes, pero en términos de prácticas sexuales y su relación con las posibilidades de prevención. Mis planteamientos estaban de acuerdo con el conocimiento producido en México sobre sexualidad de jóvenes (Rodríguez, 2000), así como con mi experiencia profesional orientada a promover la prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual en la población joven, y también a brindar herramientas para que pudieran llevarla a cabo en la medida de sus posibilidades. Era el año de 1997, por lo que los debates académicos referidos a la sexualidad juvenil ya estaban permeados de los planteamientos y propuestas de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo 1994, así como la IV Conferencia Internacional de la Mujer de 1995 en Pekín. Al mismo tiempo, las organizaciones civiles se encontraban articulando proyectos de intervención y de investigación-acción tendientes a hacer diagnósticos, probar propuestas, monitorear el cumplimiento de los compromisos del gobierno en ese tema, así como evaluar resultados de los programas y las políticas públicas.

Sin embargo, a partir de la investigación documental me percaté de que las temáticas del deseo, el placer y el cuerpo en relación con el erotismo no habían sido abordadas de manera prioritaria y específica en las investigaciones referidas a la sexualidad de jóvenes. Además de que los estudios sobre sexualidad juvenil estaban hechos entre sectores socioeconómicos de escasos recursos o de sectores populares, en el ámbito urbano y en el ámbito rural, pues la investigación sobre sexualidad juvenil generalmente ha estado dirigida a esos sectores a partir del reconocimiento de las prioridades de atención en sectores marginales o de bajos recursos.

Como afirmé, la revisión de la literatura me llevó a concluir que el tema del placer no está abordado por los estudios sociales sobre la sexualidad. Al

menos no en todas las referencias en que basé mi estudio. Me preguntaba por qué ocurría eso, y si acaso a los(as) investigadores(as) no les había interesado investigar sobre ese tema o si no se han desarrollado técnicas más adecuadas para abordarlo en la investigación social. De igual manera, el marco contextual de mi trabajo me indicaba que las necesidades institucionales de las últimas décadas respecto a la sexualidad de jóvenes tampoco incluían el tema del placer. Pero también pensaba en la influencia que podía tener el hecho de abordar los aspectos del erotismo y el placer sexual y admitir su lugar en los estudios de la sexualidad. Es decir, que si no hay investigaciones que refieran concretamente al placer sexual, tal vez no sólo se deba a que las instituciones supuestamente no lo han requerido, o a las limitaciones en las técnicas de recolección de datos, sino también a las dificultades de indagar aspectos que tocan profundamente las experiencias personales de quien investiga.

Al seguir a diversos autores (Manero, 1990; Stanley y Wise, 1990; Rosaldo, 1991; Ibáñez, 1994; Harding, 1998) se puede plantear la relevancia metodológica de asumir la implicación de quien investiga en todas las etapas de la investigación, e intenté exponer las motivaciones por las cuales estudié este tema. Sin embargo, la implicación no se queda sólo en eso. El planteamiento de un objeto de estudio sitúa a quien lo aborda de manera que no es suficiente explicitar el género y las condiciones personales de producción de ese objeto, sino también se necesita evidenciar la manera en que todo eso pudo haber influido en el proceso investigativo.

Así que, a partir de esa postura, debo decir que mi formación personal, así como mi trabajo en el ámbito del activismo por los derechos sexuales, incluyó en mi mirada a los datos de mi investigación, el lente de las concepciones sobre la represión del placer. Si bien mi discusión teórica para situar el objeto de estudio se fundamentó en los planteamientos de Foucault y Butler, los discursos modernos de la ciencia médica y la política sexual estuvieron influyendo fuertemente a la hora de analizar las entrevistas. Era como empezar a buscar en éstas las referencias a los elementos relativos al erotismo, como el cuerpo, las fantasías, el placer, desde el supuesto de que las y los jóvenes son blanco de esa represión y, por tanto, su experiencia sexual casi nunca era erótica, placentera.

Desde la primera entrevista, mi percepción de que algo diferente estaba ocurriendo se hizo presente. La entrevista con el primer sujeto me impresionó intempestivamente por todos sus relatos, y por la facilidad con que narró con gran detalle diferentes experiencias que iba articulando para contar su historia de adolescente, de su cuerpo, del placer, etcétera. Como lo plantea Amuchástegui

[...] Se confiese abiertamente o no, nos identificamos con nuestros informantes, o los juzgamos y reprobamos sus conductas y decisiones, o nos sorprendemos de sus opiniones sobre la sexualidad. En esta relación investigador-informantes-datos, los diversos modelos dominantes y subyugados de sujetos de sexualidad se mezclan y luchan, se encuentran y desencuentran, de manera que los ‘resultados’ de la investigación incluyen de manera subtextual todos estos movimientos (Amuchástegui, 1995:40).

Conforme fui realizando las entrevistas se fue moviendo el lente del supuesto de la “represión sexual”, cuestionado por Foucault (1987), para poder observar claramente lo que había en los relatos. Todo mi marco conceptual estaba colonizado por la supuesta universalidad de la represión y, al ver que los relatos brindados rebasaban y hasta contradecían ese marco, la mirada se nubló. Fue como pasar por un momento de obstrucción metodológica en el que no podía ver más allá de lo que sugiere la hipótesis represiva y el discurso político de la ciencia sexológica que pugna por denunciarla y hasta comprobarla. Ese discurso también era parte de mi subjetividad y admitirlo influyó para poder aclarar la mirada a los datos y reubicar las evidencias que contenían sobre el placer y el erotismo de estos jóvenes, particularmente, el de las mujeres.

Durante todo el trabajo de campo registré las emociones e ideas que surgían en mí para empezar a ubicar los términos y códigos que me ayudarían a completar los marcos de mi problema de investigación. Logré elaborar las categorías para el análisis, pero el trabajo investigativo, junto con mi reflexión personal, me llevó a reconocer ese foco en la idea de la represión que estaba centrada en responder la pregunta sobre el papel del erotismo en la conformación de las subjetividades, y mostrar los quiebres y resistencias del sujeto ante el sistema de poder de género, lo que fue fundamental para cul-

minar la investigación. Pero como afirma Rodríguez (1999), para Foucault los cuerpos y los placeres, junto con sus procesos fisiológicos y sensoriales, han sido el objetivo a regular por parte del dispositivo de sexualidad.

Mi reflexión es que no sólo los cuerpos y placeres de los sujetos investigados han sido regulados por el dispositivo de la sexualidad, sino también los de quien hace la investigación. En ese sentido, el énfasis en el discurso sobre la represión estuvo empañando la lectura de los datos hasta un punto: el de la revelación de los datos mismos, el reconocimiento de las múltiples y constantes expresiones que referían los sujetos respecto a su disfrute, el de la confrontación conmigo misma ante tal descubrimiento, el de la aceptación acompañada y asumida a través de la nueva lectura y el esfuerzo de evidenciarlo en el análisis. Tal como lo afirma Amuchástegui “el objeto de estudio que nos ocupa es un tema que moviliza en el investigador una serie de procesos subjetivos sumamente importantes en su propia constitución como sujeto, y especialmente como sujeto sexual” (Amuchástegui, 1995:40).

La pregunta de investigación estaba claramente planteada y los objetivos también, así que remover ese lente fue fundamental para mirar de manera más nítida los relatos y así poder exponerlos con la meta de mostrar esa resistencia y esas transgresiones de los sujetos a la interpelación de los mandatos del sistema de género. Fue la oportunidad para tomar el reto, en términos de lo que afirma Ibáñez (1994) de elegir el tipo de conocimiento que quería producir y los componentes a aportar para contribuir a la construcción de la realidad desde mi investigación.

La mirada a los datos y las categorías se agudizó, lo que dio paso al reconocimiento de la persistente presencia del placer en los relatos, lo llevó al planteamiento de las evidencias sobre la experiencia del placer y las consideraciones sobre este tema. Con todo lo que implicó este proceso de cara a la obstrucción metodológica que tuve que rebasar, sostenida en el análisis inductivo de los datos, debo decir que fue muy satisfactorio para mí reconocer en mis entrevistas que los sujetos se expresaron con libertad y confianza, y que el lente inicial de la idea sobre la represión no limitó la dinámica de las entrevistas ni los relatos de estos jóvenes. Al parecer, el proceso de consentimiento informado que se realizó con los sujetos de

investigación, al platicarles de mi estudio, los antecedentes, e invitarles a participar a quienes así lo desearan y lo autorizaran, brindó el marco para que los y las jóvenes se consideraran sujetos valiosos para la investigación y sintieran que serían escuchados con todo interés y respeto a su voluntad para relatar sus historias y los detalles que quisieran incluir. Asimismo, fue muy agradable el análisis de las entrevistas en tanto iba identificando las múltiples estrategias de resistencia y transgresión de los sujetos a los mandatos sociales. Particularmente, me produjo mucha satisfacción observar en las mujeres su resistencia articulada en la que incorporaban reflexiones sobre su propia vida sexual y las de otras mujeres, como su madre y sus amigas. En cambio, me decepcionó el que no hubiera tantos relatos de este tipo en los hombres.

Al retomar a Rosaldo (1991) diré que, como sujeto situado, la investigadora tenía un punto de vista y estaba constituida como tal a partir de la propia historia y condiciones de vida. Accedí al trabajo de campo con mi historia, mi formación académica y profesional en el terreno de las Ciencias Sociales y los estudios de género, y produje este conocimiento. En términos feministas (Stanley y Wise, 1990), diré que mi entendimiento del erotismo y su papel en las subjetividades es contextualmente específico en tanto se encuentra fundamentado en el contexto intelectual, temporal, político y emocional en el que me desenvuelvo. Pero precisamente el contexto intelectual también contiene una característica que me permite llevar esta reflexión metodológica hacia el campo de la investigación social de la sexualidad, en virtud de la pregunta acerca de cuáles son los objetos de estudio planteados y las técnicas utilizadas.

Si la sexualidad involucra los cuerpos, los placeres, las fantasías, ¿cómo se ha desarrollado la investigación social en esta temática de manera que no se ha podido abordar de modo más explícito y preciso la cuestión del placer en la experiencia sexual de los sujetos?

En mi investigación propuse la conceptualización del erotismo como un fenómeno que incluye el deseo, la experiencia corporal y sensual, así como la fantasía y su disfrute, el placer. Sus manifestaciones se dan por distintos caminos y en formas diversas ya sea en la particularidad de la vida de los sujetos o en los ámbitos especializados de la expresión humana como el

arte. En cualquier caso, el erotismo es vivido e interpretado por cada sujeto con base en su historia y experiencia, así como su incorporación en las redes relacionales del poder, en las que cuerpo, deseo y fantasía se juegan en el sentido de los significados que los sujetos le atribuyen y configuran en torno al placer. Considero entonces que de ahí se deriva la dificultad de aprehenderlo en la investigación social, ya que conceptualizarlo de manera unívoca lleva implícita una forma de regulación, de encasillamiento en parámetros calificativos acerca de lo que sería lo erótico y lo que no lo es.

Sin embargo, los hallazgos manifiestos en las entrevistas dejaron claramente establecida la presencia del placer en los relatos de estos jóvenes, así como la necesidad metodológica de reconocer la diversidad existente en las manifestaciones del placer. Esta diversidad se produce como parte de los procesos de des-sujetación a la heteronormatividad sexual y sus prácticas regulatorias (Butler, 2001). Por eso, es fundamental enfatizar lo que las entrevistas de las y los jóvenes participantes de mi estudio nos enseñan en términos de sus respuestas subjetivas en ambivalencia estratégica y resistencia articulada frente a las demandas de género, mismas que están totalmente impregnadas de placer.

La revisión de la literatura en América Latina nos muestra que el campo de investigación social en sexualidad tiene la dificultad de incluir el placer en las indagaciones. Las revisiones realizadas sobre los estudios de sexualidad (Szasz, 2003; Liguori y Szasz, 1996; Rodríguez, 2000; Amuchástegui, 1997) no presentan investigaciones que aborden el placer, aunque en algunos casos sí resaltan la carencia de éstas y la necesidad de hacerlas. Los estudios en México que lo mencionan lo incluyen como parte de las prácticas sexuales (Núñez, 1994), pero el análisis se privilegia en torno a las relaciones de poder y resistencias en la subjetividad. Al parecer, la prescripción de la heterosexualidad obligatoria permea el campo de los estudios sociales de la sexualidad obturando el abordaje y reconocimiento del tema del placer en las informaciones dadas por los sujetos. La obstrucción metodológica por la que pasé también tiene basamentos en esta característica de los estudios de la sexualidad. Dar paso al estudio de la sexualidad con la incorporación del placer, es dar cabida al quiebre con esa heteronormatividad que limita el abordaje metodológico, pero también conceptual del placer.

De alguna manera, la yuxtaposición entre el placer y el peligro, en términos de Vance (1984), está impregnando la investigación social sobre la sexualidad. Esta autora afirma que en la vida de las mujeres la tensión de dicho cruce es muy fuerte, y resalta la necesidad de ver que la sexualidad tiene como característica fundamental su complejidad “[...] sus múltiples significados, sensaciones y conexiones. Es demasiado fácil englobar toda la experiencia sexual bajo el rótulo de “enteramente peligrosa” o “enteramente placentera” (Vance, 1984:16). Desde su punto de vista, a esa complejidad de la experiencia sexual subyacen recursos de placer y opresión, así como de felicidad y violencia. Pero, para Vance, habría que retomar esas ambigüedades como una fuente de información sobre las maneras en que las mujeres viven el deseo, la fantasía y la actividad sexual. En esa línea, yo considero que también sería fuente de información para comprender las maneras en que lo viven los hombres y que, metodológicamente, es fundamental romper con la consigna de la heterosexualidad normativa implícita en el sistema de género (del que también formamos parte las y los investigadores), de manera que podamos abrir los debates sociales referentes a la(s) sexualidad(es) hacia lo concerniente al placer, y sus diversas formas de significación en la experiencia erótica de cualquier vínculo, ya sea heterosexual, pero también homosexual, bisexual, etcétera.

Es importante incluir también en esta reflexión metodológica la consideración de las técnicas utilizadas para el estudio del placer. En algún momento se ha considerado que la entrevista en profundidad pudiera ser un instrumento limitado para acceder a conocimiento de temas como el erotismo, el deseo y, en este caso, el placer (Amuchástegui, 1997). En mi investigación asumí la tarea de diseñar un guión de entrevista que facilitara el acceder a información referente a esos temas. Los relatos que obtuve fueron de una gran riqueza narrativa gracias a la entrevista en profundidad cuyo guión contenía estímulos iniciales que abrían a los sujetos la posibilidad de contar lo que ellos quisieran. La flexibilidad fue necesaria para poder intervenir al solicitarles que contaran más sobre alguna experiencia o tema en específico, o que aclararan a qué se referían con alguna afirmación, todo lo cual sirvió para obtener más detalles y especificidades de sus historias. Sin embargo, también debo enfatizar que el componente ético del proceso de

consentimiento informado sirvió como marco sensibilizador de las y los jóvenes que aceptaron participar con la mejor disposición y confianza para hablar de su sexualidad.

Es fundamental considerar lo anterior para futuras investigaciones en las que la metodología se fundamente en el respeto de los principios éticos de participación voluntaria e informada, y de confidencialidad, así como a los beneficios que brinda el posicionar a los sujetos en su lugar de sujetos con derecho a decidir, a hablar, a brindar sus historias y las emociones que conllevan. Aunque también considero fundamental, como se ha planteado (Amuchástegui, 1997), que se construyan otras técnicas de investigación para incluir otro tipo de expresiones relativas a la experiencia corporal y sus significados, más allá de los discursos que los sujetos puedan elaborar en una entrevista en profundidad. Tal vez utilizando estímulos visuales como alguna película, o bien, alguna práctica vivencial como un taller de conciencia corporal a partir del cual las y los jóvenes pudieran hablar de su experiencia y placer sexual.

Esta reflexión metodológica también implica una reflexión teórica. Para comprender las maneras en que el placer se presenta, se anticipa, se configura en la subjetividad, se reconoce o se niega, se requiere debatir más sobre sus definiciones, características, sus dimensiones corporal, psíquica y social. En este caso, el marco conceptual de la investigación contenía una discusión de la sexualidad y el género desde la vertiente construccionista. Al documentar la situación particular de la sexualidad de jóvenes, el tema del placer tampoco aparecía en los marcos conceptuales de las investigaciones previas, por lo que establecí una delimitación conceptual inicial, especificando que el cuerpo y sus placeres se construyen y se expresan bajo condiciones sociales, históricas y culturales particulares (Amuchástegui y Rodríguez, en edición).

En el avance del análisis ubiqué un estudio reciente de Carrillo (2003) en el que se abordaban algunas cuestiones sobre el placer en la sexualidad juvenil. En ese trabajo se localiza una sección sobre el placer, que el autor denomina “El momento sexual: vías para el logro del placer” (Carrillo, 2003:211). El autor expone detalladamente la manera en que sus entrevistados (también jóvenes de clases medias y medias altas) manifiestan los

componentes de ese momento sexual en el que el cuerpo y la seducción se vuelven el principal medio de comunicación, y el éxtasis se convierte en la meta del momento sexual. Como hemos visto, sus datos establecen la dificultad de encontrar un lenguaje que permita explicar las emociones y sensaciones que se viven en el encuentro sexual. No hay un lenguaje para explicarlas, por lo que Carrillo argumenta que para los sujetos el placer es una experiencia vital de un orden distinto al de la lógica racional. Al seguir a autores que hablan en ese sentido, Carrillo delimita una distinción entre la lógica del sexo, la lógica racional, y retoma el concepto de “sexo como estado alterado” para describir positivamente esa distinción y las expresiones de los sujetos en términos de diversas transformaciones que se dan cuando se introducen en el espacio sexual, es decir, en el encuentro erótico.

En ese “estado alterado” se da el recorrido del momento sexual, y Carrillo muestra las evidencias de sus datos en términos de las diferencias de género en los libretos sexuales de los sujetos. Específicamente, el placer aparece en los elementos concernientes al espacio sexual cuando Carrillo aborda las descripciones sobre la pasión sexual. Según su análisis, para vivir la pasión sexual es necesario “suprimir el pensamiento racional”, y es colocada como la vía para lograr la cima del placer, el éxtasis. Según los datos de Carrillo, la pasión sexual es necesaria para que los amantes logren “el verdadero placer sexual y la comunión entre ellos” (Carrillo, 2003:227); pero también es de tal intensidad y explosividad que implica consecuencias negativas en caso de no controlarla, por lo que el enfoque de Carrillo parece validar los de salud pública que vinculan al placer con la posibilidad siempre presente de riesgos. Esto nos recuerda la asociación descrita por Vance (1984) del placer con el peligro. Según Carrillo, se presenta la necesidad de cierto equilibrio durante el encuentro sexual: “permitir el flujo espontáneo propio para alcanzar el verdadero éxtasis, pero controlar los aspectos de la pasión que pueden ser destructivos o amenazadores” (Carrillo, 2003:228). Así, el autor marca también la necesidad de la negociación para lograr el éxtasis como parte del intercambio sexual.

Carrillo hace un análisis del momento sexual e identifica cierta secuencia de hechos para el logro del placer y el éxtasis, en la que los sujetos alcanzan y mantienen ese “estado alterado” del erotismo. Pero sus hallazgos enfatizan

el elemento final a alcanzar: el éxtasis, el climax, el orgasmo. Desde mi análisis, en los datos recolectados por Carrillo, podríamos identificar en dicha secuencia de hechos el camino delimitado de alguna manera por la ciencia sexológica para alcanzar el objetivo del encuentro sexual: el orgasmo, principalmente en el contacto coital. Cabe recordar que el modelo de la ciencia médica sexológica establece una supuesta normalidad sexual y se sustenta en que la sexualidad coital y heterosexual es la respuesta adecuada y, por tanto, mejor valorada (Alcántara y Amuchástegui, 2004). De esta manera, el modelo establece parámetros de normalidad a partir de los cuales las prácticas sexuales y sus variaciones son evaluadas de manera que mientras más se alejen más se considerarán como disfunciones sexuales. La respuesta de la mujer y el hombre se supone complementaria, de modo que se prioriza la heterosexualidad genital. El pene y la penetración vaginal es la guía fundamental para el placer sexual, por lo que la penetración vaginal es el punto culminante de las relaciones sexuales normales y saludables, en las que el detonante del placer femenino sería el pene erecto dentro de la vagina. Estos principios se fundamentan en la perspectiva esencialista de la sexualidad que la limita a los fines de la heterosexualidad reproductiva. En este modelo, el placer sexual está en el orgasmo, que en la mujer se focaliza en las contracciones vaginales y es provocado por el pene durante la penetración vaginal, por lo que se establece que no hay relación sexual completa sin orgasmo (Alcántara y Amuchástegui, 2004).

Desde la propuesta sexológica, podemos observar que el análisis de Carrillo parte de un marco teórico diferente del de la presente investigación, y sus interpretaciones se justifican a la luz de los datos y conceptos que utilizó, de manera que resalta el modo en que los sujetos describen los procesos que viven para la consecución del placer, y sus significados en términos de encuentros de comunión con la pareja en un espacio compartido. Lo que quiero enfatizar es la forma en que, a diferencia de su investigación, en los datos de la mía hay relatos y descripciones de hechos que requieren ser analizadas desde una perspectiva amplia sobre la experiencia del placer y su relación con la subjetividad, no sólo como parte de estándares genéricos o sexológicos, sino también como aspectos que pueden estar impactando la construcción del sujeto de deseo y de placer, y la configuración de sí mismos como sujetos autónomos. Dar paso al estudio de la sexualidad con la incor-

poración del placer, es dar cabida al quiebre con esa heteronormatividad que limita el abordaje metodológico, pero también conceptual del placer.

### ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL PLACER PARA LA INVESTIGACIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD

En los relatos de mis entrevistas podemos identificar algunas líneas para empezar a plantear preguntas en torno al placer. Por ejemplo, la siguiente frase:

Amelia: [...] nos pasábamos como dos horas fajando allí en su cama [...].

Aquí se enfatiza la duración de los *fajes*, lo que nos hace preguntarnos si el tiempo que invierten en estas prácticas placenteras tiene implicaciones en la construcción de sus identidades y de sus cuerpos como mujeres. Es importante desarrollar más análisis para comprender de qué manera se involucra la dimensión corporal en la experiencia erótica de los jóvenes y cuál es su impacto en la subjetividad. Como ha quedado evidenciado, el intercambio erótico no implica necesariamente la relación sexual coital en estas jóvenes, y el placer sexual no está directamente involucrado con la idea de “éxtasis” y de penetración. El enfoque de la salud, como marco inicial del cual surgen investigaciones como la que realicé, ha brindado discusiones y propuestas en cuanto a los parámetros epidemiológicos sobre la salud y la enfermedad, sobre los riesgos como infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Sin embargo, los hallazgos de mi investigación abren la reflexión hacia la inclusión del tema del placer, así como la dimensión corporal en la construcción de la experiencia erótica, de manera que el enfoque de la salud resulta limitado para dicha reflexión.

En los relatos también encontramos evidencias de los procesos ambivalentes en el reconocimiento del placer, su aceptación y su rechazo, en el intercambio corporal.

Amelia: [...] Y así, o sea, y de repente como que fue incrementando si que te acuestas y ya es abrazados, los dos abrazados, baja la mano, la subes etcétera, etcétera. Entonces así como que yo me sentí como que rara entre que sí me gustaba y entre que no [...].

Esto da la pauta para que, quienes se interesan por abordar el estudio de la sexualidad de jóvenes, desde concepciones psicológicas como la referente a la configuración de la imagen corporal, analicen cómo intervienen esas experiencias en la dicha construcción a lo largo de la juventud, y de qué manera esto conlleva la experiencia de un determinado cuerpo femenino. En este fragmento, Amelia refiere a una valoración gradual del encuentro corporal que va de menos a más en el intercambio erótico, de tal forma que podríamos preguntarnos qué significa esa valoración y cómo se relaciona con los procesos de sujeción de las identidades de género, así como con los procesos de apropiación del propio cuerpo para estas mujeres.

Por otra parte, como afirma Carrillo (2003), el cuerpo habla, y hemos visto en los de las mujeres la presencia de dichas expresiones.

Teresa: [...] seguramente se fueron por miradas y besos que es lo que más siento yo, hace que ya piense en tener algo más según eso, sin tener que, o sea, sin haberlo pensado en decir: –ay, quiero contigo–, sino solamente con miradas, con expresiones, con caricias se pudieran haber dado todas esas cosas.

El desarrollo de los estudios de género en torno a la sexualidad debe retomar el análisis del tema del cuerpo en relación con el placer y el erotismo. Si como afirma Turner, “el cuerpo constituye un blanco de la racionalización moderna pues se convierte en el objeto del poder y del saber. El cuerpo puede dejar de ser un entorno espontáneo y natural bajo las fuerzas de las ciencias del cuerpo y de la industrialización del entorno del cuerpo [...]” (Turner: 1989, 15), habría que analizar cómo la experiencia corporal del placer puede anteponerse a esas fuerzas de las ciencias y la industrialización en torno a él. Las expresiones del cuerpo en los encuentros eróticos relatados por estas jóvenes sirven de base para problematizar las vías de conciencia del propio cuerpo, en aras de la construcción de una nueva perspectiva de vivencia de la sexualidad.

Si partimos de considerar a la sexualidad como una construcción histórica y, por tanto, si consideramos que la manera en que vivimos la sexualidad y la corporeidad está determinada por las construcciones culturales, entonces habría que profundizar en el debate respecto al impacto de la ex-

perencia sensible que también se involucra en dicha construcción subjetiva y social. En México, la poca literatura sobre el tema del placer en jóvenes se orienta a análisis psicológicos respecto a la manera en que viven las mujeres la prohibición del placer y las dificultades respectivas para asumir su deseo sexual, y anticipar el placer (Martínez y Valenzuela: 1996; citadas en Cores, *et al.*, 1996). Pero los hallazgos de mi estudio no pueden ser explicados exclusivamente a partir del marco conceptual de la prohibición del placer. Las jóvenes que entrevisté brindan en sus relatos múltiples evidencias de la sexualidad placentera que están viviendo y de la apropiación que de ella están haciendo.

En la línea de algunas propuestas feministas en torno a la reflexión del cuerpo y su involucramiento en la constitución de la subjetividad, habría que indagar y debatir más acerca de la manera en que los procesos de intercambio erótico pudieran estar interviniendo en el reconocimiento del deseo y del placer de las mujeres. El problema del contacto corporal conlleva el asunto del deseo y del placer, lo que se ha venido discutiendo desde vertientes como el psicoanálisis y la filosofía.<sup>10</sup> Pero ante la evidencia contenida en los discursos de las jóvenes entrevistadas en mi estudio, quedará pendiente la tarea de nuevos análisis sociales que consideren la constitución de la mujer como sujeto de placer y la manera en que la experiencia corporal interviene en dicho proceso.

Debo aclarar que enfatizo la importancia de continuar los debates en las Ciencias Sociales en torno al placer y el cuerpo femenino, pero eso no implica dejar del lado lo referente al cuerpo masculino. De hecho, la modernidad y el sistema dominante de género no sólo ha afectado y limitado la construcción del cuerpo de las mujeres, sino también el de los hombres. Como plantea Flannigan-Saint-Anbin

La ideología patriarcal toma el cuerpo masculino, o mejor una versión fantaseada del cuerpo masculino, como su base metafórica, como la metáfora para su principio generador y homologa la existencia humana con la corporeidad de los hombres y la experiencia de los hombres de su naturaleza corporal como masculino [...] ésta se desarrolla

<sup>10</sup> Véase, Dio Bleichmar (1985); Giligan (1985); Catalá (1983).

en oposición a la naturaleza. La masculinidad es un “llegar a ser”, un proceso como oposición al “ser” o “estado” femenino percibido” (1994, 240).

Si relacionamos a las sensaciones con la naturaleza, no como esencia sino como proceso vivido y constitutivo de los sujetos, es claro que la construcción de la masculinidad, según el sistema dominante de género, debe realizarse alejándose de ellas.

En ese sentido, observamos que en las entrevistas de los hombres, a diferencia de las de las mujeres, no encontramos descripciones tan detalladas y precisas respecto a la experiencia corporal del placer, al involucramiento corporal en el encuentro erótico. Seidler dice que para los hombres

[...] El sexo es aprendido en la niñez temprana, no como un asunto de placer y de alimentar nuestro cuerpo, sino como una realización individual que refleja la posición de un hombre dentro de la ley del más fuerte, de la masculinidad. Nosotros aprendemos a ver a la sexualidad en términos de poder y de conquista” (Seidler, 1986:39).

De ahí la carencia de una experiencia corporal más identificada y la ausencia de su manifestación en los relatos. Sin embargo, sí podemos resaltar estas líneas de la entrevista de un hombre, quien manifiesta también el descubrimiento de su cuerpo y su disfrute,

Eduardo: [...] O sea, nos frotábamos juntos; hasta yo me venía de vez en cuando pero era distinto como que no, no, la finalidad no era el orgasmo, ¿no? Era pus, ahí, bueno, ahí me descubrí mucho mi cuerpo y el cuerpo de otra persona y, y nomás estar con otra persona desnudo como que siempre es muy curioso, y como tocarlo sí es muy, muy rico [...].

Es necesario complejizar el marco teórico de los estudios sociales de la sexualidad para analizar e interpretar las referencias a la experiencia corporal de jóvenes como Eduardo. Estas frases dan pauta para plantear que la investigación sobre las masculinidades requiere elaborar más análisis en torno a la experiencia corporal de los hombres jóvenes y el erotismo con su construcción como sujetos de deseo y de placer en el reconocimiento equitativo de

su pareja también como sujeto de deseo y de placer. Incluso, en los estudios sobre masculinidad y sexualidad, se dificulta el abordaje de la experiencia placentera como parte del análisis social.<sup>11</sup> En otro fragmento de la entrevista de este joven también podemos identificar expresiones relevantes en torno al reconocimiento de su propia experiencia corporal.

Eduardo: Curiosamente con esta nueva chava empieza a, como lo hace tan distinto y me, por ejemplo, me lame el cuerpo, nunca me habían hecho eso y, ¡guao! Jamás había sentido algo así, ¿no? O sea, cosas así, ¿no? De repente la exploración es, o sea, lo siento mucho más rico, ¿no?

Esto nos lleva a retomar a Seidler (1986) cuando enfatiza la necesidad de que los hombres vinculen sus experiencias con los elementos históricos y culturales que las constituyen. Según este autor, en la cultura occidental moderna se ha identificado la masculinidad con la razón y la moralidad, y se ha ignorado el deseo, las emociones y los sentimientos de los hombres, por lo que el “mundo del hombre” se conforma en esa fragmentación (Seidler, 1986). Si, como planteo en mi investigación, la experiencia erótica puede facilitar la desujetación, es posible avanzar en preguntarnos de qué manera la experiencia corporal del placer de los hombres jóvenes puede incidir en esa dinámica subjetiva de autogestión y si puede llegar a plantearse como una base para su autodeterminación sexual. Habrá que investigar las condiciones en las que el deseo, las emociones, las sensaciones y los sentimientos pueden ser incorporados por los hombres en una perspectiva de autodeterminación.

Las revisiones de los estudios de las masculinidades en Latinoamérica refieren su especificidad en el campo de la reproducción, la salud sexual y reproductiva (Lerner, 1998). La dimensión de lo corporal y el placer no ha sido incluida en estos estudios. Si consideramos que la masculinidad es un proceso social en el que los hombres construyen sus significados con base

---

<sup>11</sup> Véase el trabajo de Núñez (1994), en el cual aborda el análisis del encuentro homoerótico entre hombres, en el que el tema del placer aparece conformando al erotismo pero no se establece como objeto del análisis, por sí mismo. El autor se interesa por discutir el asunto de las identidades sexuales y no incluye la experiencia del placer en los sujetos.

en su experiencia, a partir de contextos históricos y sociales específicos, como lo afirma Amuchástegui (2001a), entonces habrá que indagar más respecto al papel que ocupa la dimensión corporal del placer en la construcción de las identidades masculinas.

El análisis comparativo podría continuar atendiendo a otros hallazgos como los de Carrillo (2003) cuando expone que principalmente los hombres que inician un encuentro sexual con otro hombre dicen que éste empieza desde la seducción con las miradas y el tacto, aun cuando no haya habido penetración. La investigación de Carrillo sí incluyó en la muestra de sujetos a hombres homosexuales. En mi investigación sólo aboqué a entrevistar a aquellos sujetos que aceptaran participar, sin que yo delimitara como una categoría previa a las entrevistas el que tuvieran que tener alguna preferencia sexual específica. En ese sentido, cabe aclarar que los datos recolectados en las entrevistas que realicé no contienen referencias persistentes acerca de relaciones homosexuales, ni en sus testimonios ni ante pregunta expresa realizada cuando parecía que referían a algún encuentro corporal con alguien de su mismo sexo. De hecho, lo que sí encontramos es el caso de Eduardo, en el que su entrevista sí contiene estas evidencias respecto a la seducción y el juego corporal implicado, que se constituyen en momentos placenteros sin que necesariamente haya la finalidad del orgasmo.

De hecho, Carrillo (2003) señala que colocar el umbral del sexo desde los intercambios de seducción no fue exclusivo de los participantes homosexuales, aunque fueron quienes más lo enfatizaron. Según él, los sujetos “que vincularon el inicio del sexo con acciones realizadas mucho antes de cualquier tipo de involucramiento genital o penetración, admitían más pronto su deseo sexual y la idea de reciprocidad” (Carrillo, 2003:224). De ahí que tenemos una discusión pendiente sobre la relevancia de considerar la experiencia corporal de los hombres jóvenes en la conformación subjetiva del sujeto de deseo y de placer en la autodeterminación de su vida sexual.

Como vemos, la investigación social sobre el placer requiere la discusión acerca del cuerpo y sus significados en torno a la experiencia erótica de hombres y mujeres. El cuerpo como organismo presenta las posibilidades biológicas para la experiencia sexual. Particularmente la Sociología y la Antropología han desarrollado análisis fundamentales para comprender

la conformación social del cuerpo, su comprensión como producto histórico y la importancia que ello tiene para el abordaje de los fenómenos relacionados con la salud, la enfermedad, o la convivencia misma (Turner, 1989; Lock, 1993; Featherstone, *et al.*, 1991).

### SOBRE LA EXPERIENCIA DEL PLACER ENTRE LOS JÓVENES ENTREVISTADOS

Según Butler (2001), el género establece como marco de las prácticas identificatorias a los discursos dominantes de género. En las identidades discursivamente constituidas se muestran la variedad de identificaciones del sujeto de la experiencia en relación con los ideales culturales de género que se vehiculizan socialmente en las relaciones de poder, construidos y valorados históricamente a partir de los modelos dominantes de género para la sexualidad de una sociedad determinada. Las identificaciones diversas y constantes forman parte de las manifestaciones del sujeto de la experiencia que toma como objeto de identificación elementos de la realidad socialmente construida, pero no para imitarla o sólo reproducirla sumisamente, sino también para reconstruirla y reconstruirse a sí mismo. De ahí que el análisis de la cinética de la subjetividad se establece en el juego de la tensión entre la sujeción y la resistencia, pero atendiendo las diferencias en las demandas y las posibilidades de transgresión, y autogestión frente a uno y otro modelo dominante de género. Cada sujeto se constituye desde su propia historia en la permanente dinámica de interpelación, en la que su deseo y su vivencia del placer son significados en su experiencia sexual-erótica desde los marcos normativos de la sexualidad de género.<sup>12</sup>

Los datos de las entrevistas me brindaron una inmensa red de significados mismos que analicé con un enfoque *etic*, o sea, considerando la significatividad

---

<sup>12</sup> En esta ocasión no me detendré a exponer los resultados de ese análisis en cuanto a los posicionamientos subjetivos frente a los mandatos, categorizados en ese trabajo como *a)* de sometimiento; *b)* de ambivalencia estratégica; *c)* de resistencia articulada. Atendiendo a la intención del presente artículo sólo presento las bases de los resultados de investigación que generaron las reflexiones aquí planteadas en adelante.

y el sentido para el observador (Gutiérrez y Delgado, 1999). Sin embargo, el análisis de los datos también me fue develando algunos aspectos relativos a la experiencia del placer, en enfoque más *emic*, es decir, más centrado en la significatividad y el sentido para el actor, los cuales quiero enunciar aquí como inquietudes que tendrán que seguir siendo investigadas en nuevos estudios.

### **La experiencia del placer y su anticipación**

Tanto las mujeres como los hombres que entrevisté tienen múltiples experiencias en las que la anticipación al placer se presenta como parte de su vida sexual. Desde luego que no se presenta de la misma manera; los datos refieren a una diferencia por género basada en los mandatos sociales de la sexualidad de género. En el caso de las mujeres, constatamos aquí una anticipación del placer cuando relataron haber planeado un encuentro sexual, o haber invitado a su pareja a su casa para tener relaciones sexuales, o haber aceptado una invitación para el mismo fin, o cuando hablaron con su pareja para conseguir un condón y planear el encuentro. El reconocimiento de su deseo forma parte de su anticipación del placer, lo que transgrede el mandato femenino que establece a la espontaneidad como característica fundamental de cualquier encuentro sexual. En estas jóvenes observamos la importancia que le otorgan al hecho de conversar con su novio sobre las posibilidades de tener una relación sexual coital. Dicha importancia se relaciona con la emoción de hacerlo por primera vez y con la idea de previsión de consecuencias no deseadas. Amelia, por ejemplo, relató cómo planeó su primera relación sexual con su novio.

Amelia: [...] lo planeamos todo porque después dijimos: –sí estaría bien–, etcétera, etcétera, y este, y me dijo: bueno entonces hay que planearlo bien–. Entonces un día sus papás se fueron a Cuernavaca, había una fiesta, yo tenía permiso de quedarme a dormir en casa de una amiga, mi mamá iba a llegar hasta tarde, entonces él tenía su casa sola. Me dijo: –yo voy a comprar los condones–. –Ah, está bien–, le dije. Entonces los compré. Llegamos a la fiesta y yo lo encontré y me dijo –¿ya nos vamos?–. Y nos fuimos en taxi a su casa. Antes, ah, bueno, antes de salir le hablé a mi mamá y le dije ya llegué etcétera, etcétera y me dijo: –bueno, este, yo voy a llegar como a las doce, mañana te veo–. –Órale–. Me fui a su casa y me quedé a dormir con él.

Este relato nos muestra que la primera experiencia sexual se deseó, se planeó, se preparó, al menos en una conversación entre ambos. En general en eso coincidieron las entrevistadas, lo que nos permite pensar en que para ellas la primera experiencia sexual no significa una relación no pensada e impulsivamente provocada por un momento de caricias. Para ellas, la primera experiencia sexual coital, así como las anteriores, con *fajes* y caricias, se enmarca en el terreno de las relaciones afectivas con alguien que es importante para ellas y con el que pueden anticipar el placer, mostrando el deseo sexual. En estas jóvenes la condición de espontaneidad que según el mandato de la feminidad debía estar presente en cualquier experiencia sexual, se ve rebasado, transgredido por la elección de ellas de conversar y planear su primera experiencia sexual coital, entre otras.

Otro ejemplo de la anticipación del placer lo tenemos en un relato de Aurora, quien imaginaba su primera relación sexual coital como un momento agradable y placentero, e incluso esperaba hacerlo con alguien que ya tuviera experiencia para que fuera “mejor”, lo cual demuestra que la experiencia sexual coital para esta joven era algo deseado.

Aurora: Exacto porque los dos éramos inexpertos por completo, de hecho otra de las razones por la que no tuve relaciones sexuales con mi primer novio fue porque yo quería que alguno de los dos ya hubiéramos tenido relaciones con otra persona, sentía que necesitábamos pos no sé algo de saber, saber de qué se trataba, no estar en blanco los dos [...].

Además Aurora reconocía el gusto de vivir los encuentros eróticos sin el encuentro coital, y de anteponer una reflexión sobre su edad y la posibilidad de esperar más tiempo para hacerlo.

Aurora: [...] con él fue mi primer beso, mi primer faje, no llegué a tener relaciones sexuales porque considerábamos que estábamos muy chicos y que no valía la pena y que era mejor que nos esperáramos pero fue muy bonito.

En contraste con mis hallazgos, otras investigaciones han mostrado que la anticipación del placer no forma parte de la experiencia de las mujeres jóvenes de otras clases sociales. Por ejemplo, Amuchástegui (2001) encon-

tró que para jóvenes de comunidades rurales y populares de su estudio no estuvo presente la anticipación del placer. En relación con su investigación esta autora encontró evidencias consistentes de que “[...] la sexualidad debe permanecer restringida al orden del cuerpo y la acción, pero excluida de la simbolización mediante el lenguaje porque se considera que el saber producido a través del habla invita a las mujeres a entrar en acción” (Amuchástegui, 2001:321), es decir, las incita al placer. El simbolizar la sexualidad mediante el lenguaje propiciaría el poder pensarla, planearla, anticiparla. Los mandatos de la sexualidad femenina establecen como inaceptable que una mujer virgen anticipe y planea un encuentro sexual, lo que a su vez propicia una mayor exposición al riesgo de un embarazo no previsto, o de una infección de transmisión sexual.

Amuchástegui señala que las mujeres que entrevistó generalmente tomaron la opción de tener relaciones sexuales sin considerar las consecuencias para no tener que mostrarse anticipando el placer. En esas mujeres jóvenes el embarazo era visto como una mejor opción que la de perder su estatus social. “La maternidad al menos podría acarrearles el perdón de su falta, mientras que prevenirla constituiría una aceptación explícita de la búsqueda del placer sexual” (Amuchástegui, 2001:393). Esto no tuvo la misma fuerza en el grupo de jóvenes de una colonia popular urbana, que entrevistó Amuchástegui, ya que en este había un mayor reconocimiento de las mujeres como sujetos de deseo. Sin embargo, la anticipación del placer tampoco se evidenció en sus relatos.

Al igual que Amuchástegui, Arias y Rodríguez (1998) encontraron que los sujetos de investigación tampoco anticipaban el placer. Por el contrario, en ese estudio cualitativo realizado entre hombres de clase media de la Ciudad de México, subyace la no anticipación como característica idónea de las relaciones sexuales, lo que les dificulta el uso del condón como medida de prevención. En ese estudio, las autoras tenían el objetivo de conocer los valores, creencias y mitos que están relacionados con la toma de decisión respecto al uso del condón en jóvenes varones de clase media.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> En la investigación de Arias y Rodríguez (1998) la pertenencia a la clase media fue determinada con base en los criterios desarrollados por la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación en Mercadotecnia y Opinión Pública que considera lo siguiente: lugar de residencia, nivel educativo, ocupación y posesiones de bienes materiales vinculados a su pertenencia al estrato. Las características consideradas

En su investigación se evidenció que el mandato de estar siempre dispuestos a tener un coito, también influye en los comportamientos de los hombres, justificados porque supuestamente tienen un impulso sexual incontenible. Lo masculino implica en este sentido, estar “siempre dispuesto”, y aprovechar cualquier oportunidad para dar salida a tal impulso sexual. De acuerdo con Arias y Rodríguez (1998), el resultado más sorprendente de su investigación es que estos hombres jóvenes, usuarios de condón, asumen los significados dominantes de la sexualidad tradicional masculina y la doble moral implicada en el sistema de género. De igual manera, su estudio muestra cómo los mandatos de la masculinidad interfieren en la vida de los hombres, de tal manera que los colocan siempre frente al reto de asumir riesgos, y frente a la consigna de demostrar su masculinidad incluso a costa de poner en riesgo su vida.

Por su parte, la investigación de Carrillo (2005) también mostró que los sujetos no anticipan el placer; por el contrario, consideran como parte del momento sexual y las vías para el logro del placer el no anticiparlo. La espontaneidad en el encuentro sexual constituye una característica fundamental para admitirlo y disfrutarlo. Como Carrillo lo muestra, en las parejas heterosexuales encontró lo que llamó “un libreto cultural”, en el que se concibe la iniciativa del hombre y la posición pasiva de la mujer que debe resistirse y no mostrar su deseo. Se trata de

[...] un libreto cultural que concedía la iniciativa al hombre y convertía a la mujer en parte reactiva, de la que suele esperarse que rechace —o al menos finja rechazar— los avances del hombre. Este libreto fue un punto de referencia generalizado aun para los hombres y mujeres contrarios al mismo, es decir, quienes pensaban que las mujeres debían tener derecho a iniciar el sexo y que los hombres no debían juzgarlo negativamente” (Carrillo, 2005:215).

---

por estas autoras fueron: el entorno de la zona de residencia: prados y árboles en buen estado, calles con baches frecuentes, pocas zonas comerciales, mercado sobre ruedas, el transporte público se extiende a más calles, predominan las propiedades enrejadas con bardeado lateral; colonias típicas: Satélite, Del Valle, Irrigación, Nápoles; características de la vivienda: casas o departamentos propios con 2 o 3 recámaras, 1 o 2 baños; escolaridad: jefe de familia con licenciatura, los hijos asisten a la escuela y universidades privadas. Posesiones: tienen al menos un automóvil, 2 teléfonos, 2 televisores, videocasetera, la mitad de los hogares tiene horno de microondas y lavadora automática, las mujeres tienen múltiples electrodomésticos, poseen tarjetas de crédito, en su mayoría nacionales, tienen vacaciones con viajes generalmente en el interior del país y el ingreso varía entre 13,000 y 29,000 pesos mensuales.

Este patrón de conducta sexual esperado propicia la anticipación del placer en los hombres, pero en las mujeres lo prohíbe, apoyándose en la idea de que para ellas el sexo sólo se justifica en el matrimonio.

El estudio de Carrillo, a diferencia del de Amuchástegui, fue realizado principalmente con jóvenes de sectores medio bajo, medio y medio alto, de la ciudad de Guadalajara, e incluyó la diferenciación entre homosexuales, heterosexuales y bisexuales. Sin embargo, en las mujeres no se encontró evidencia de la anticipación del placer y, más bien, se identificó datos que apoyaban el mandato de no desear, no anticipar y no disfrutar. Los hallazgos de Carrillo muestran incluso la forma en que algunas mujeres no sólo no anticipan al placer, sino que no muestran su deseo sexual ni su búsqueda del placer como una meta en su vida sexual, y se fingen inexpertas ante los hombres como estrategia para asegurar su respeto.

Otra diferencia en comparación con los resultados de Carrillo sobre parejas heterosexuales, es que para los sujetos de mi investigación el erotismo inicia con cualquier contacto corporal y no sólo con el coito.<sup>14</sup> Es decir, que cuando relataban sus experiencias eróticas incluían diversos elementos como caricias, besos, abrazos, inclusive prácticas de sexo oral y, algunos, el coito. En las jóvenes que yo entrevisté, la experiencia sexual y erótica llega a ser un momento de descubrimientos de nuevas sensaciones y emociones placenteras. En algunos casos, esos descubrimientos y el hecho de sentirse conectada con la pareja se reconoce como algo deseado, lo que lleva a la anticipación del placer. Como lo ejemplifica el relato siguiente,

Hilda: Entonces cuando se iba mi mamá yo lo llamaba y, pues, como estaba en frente entraba a mi casa y, y nos empezábamos a besar y todo, pero después él se sentó en el sillón y yo encima de él y entonces empiezas a sentir otras cosas, o sea, te empiezas a dar cuenta que también la otra persona lo está sintiendo y que ya no es solamente en el estómago sino que lo sientes aquí a bajo, sientes no sé, como unas cosquillas, como algo muy, muy padre [...].

<sup>14</sup> En los resultados de Carrillo (2005), las personas homosexuales dicen que lo erótico empieza con “la mirada”.

Por último, otro elemento que nos habla de la anticipación del placer, pero en un sentido más preventivo, son los datos referidos al uso del condón que aparecen en las entrevistas de mi investigación tanto de las mujeres como las de los hombres. En general, el uso del condón está presente en los discursos de estas jóvenes como una práctica común.

Raquel: [...] yo estaba con él, entonces, él estaba ahí, estábamos platicando ahí en su recámara y de repente así, nos empezábamos a besar, así, después ya entra ahí el faje, no sé, que fuera camiseta y de repente me dijo: –no, pues, que voy por un condón–.

Es interesante ver que el condón está presente incluso desde el momento en que planearon su primera experiencia sexual coital.

Lucía: [...] como ya habíamos quedado en irnos al hotel, él compró unos condones. Para los dos era muy importante hacerlo con condón y cuidarnos porque un embarazo era lo peor que nos hubiera podido pasar. A esta edad, no se puede tener un bebé, no, no, hay que cuidarse [...].

Como parte de sus condiciones de posibilidad para tener experiencias eróticas, estas jóvenes cuentan con la información que les han dado las autoridades escolares y, en algunos casos, sus padres, para saber que con el uso del condón hay una alta probabilidad de prevenir un embarazo. Ellas ven el uso del condón como condición necesaria para poder tener una relación sexual coital, de tal manera que se reducen las posibilidades de un embarazo. Sus relatos muestran la prioridad que dan al uso del condón y de otros anticonceptivos locales para evitar un embarazo no deseado, no así una infección de transmisión sexual. El tema de la prevención del embarazo es lo que más mueve a estas jóvenes para utilizar algunas medidas como los anticonceptivos. Sin embargo, casi siempre el método es el condón y quien asume la tarea de comprarlo y llevarlo es su pareja.

Esto coincide con las entrevistas de los hombres. En este caso, en todas aparece el uso del condón como parte de la experiencia erótica. También es un componente presente en sus experiencias o en los relatos eróticos que les pedí que inventaran y que hicieron a partir de recuerdos que tenían de sus propios encuentros sexuales.

Noé: [...] todo fue así, que de repente se dieron cuenta y ya estaban sin ropa uno encima del otro no importa y, eh, pues él encima, del otro, no importa y eh, pues él sacó su condón se lo puso y empezaron a tener sexo y luego, bueno al principio fue como no sé, padre, a él le gustaba mucho que ella estuviera en una posición ella arriba por ejemplo, entonces tomaron esa posición y empezaron a como ya lo habían hecho antes ellos ya conocían [...].

En los relatos de los hombres jóvenes que entrevisté, el uso del condón aparece siempre incorporado como parte de la historia de manera fluida y sin generar algún tipo de distracción, molestia o cualquier otra situación que pudiera cambiar la continuidad de la experiencia sexual. La anticipación del placer de los hombres no está prohibida, sino que está legitimada por el sistema de género que establece los mandatos de la masculinidad sobre el desempeño sexual, para lo cual ellos tienen permitido buscar el encuentro sexual. Sin embargo, lo que llama la atención en los datos de los hombres que entrevisté es que la anticipación del placer se muestra con un sentido preventivo del embarazo.

Estos hallazgos de mi investigación se contraponen con los de Amuchástegui (2001), quien muestra cómo los hombres jóvenes de su estudio reportaron que el uso del condón no es una práctica común en su vida sexual. La autora señala que aunque los hombres de su estudio tenían información sobre infecciones de transmisión sexual y su propagación a través de relaciones sexuales, ninguno de ellos utilizó el condón. Atribuían las razones a la falta de información acerca de la anticoncepción y del riesgo de ese tipo de infecciones, así como también a la imposibilidad de planear debido al impulso que sentían. En cambio, en mi investigación los hombres (y las mujeres) sí han recibido información veraz y científica sobre estos temas, y sí toman en cuenta la planeación de sus experiencias sexuales.

En cuanto a esta cuestión, Carrillo (2005) expone que tanto para los hombres como para las mujeres participantes de su estudio, la planeación destruye la espontaneidad esperada en el encuentro sexual, por lo que se dificulta que asuman el uso del condón de manera prevista, ya que eso se contrapone también a dicha espontaneidad. Según sus hallazgos

[...] la imagen que los participantes asociaban con la pasión, el placer y el éxtasis era la de la entrega de una pareja al flujo espontáneo, parcialmente instintivo, del sexo, lo cual

producía intimidad sexual. La espontaneidad y la entrega implicaban la supresión de los juicios emitidos por el pensamiento “racional” (Carrillo, 2005:231).

Esta imagen se contrapone a la posibilidad de pensar y tomar decisiones para prevenir situaciones no deseadas. Además, los hallazgos de Carrillo muestran cómo el uso del condón se da pero con la idea de que debe ser silencioso para no interrumpir el flujo espontáneo del sexo, lo que impide la anticipación abierta del placer. Habría que indagar con más profundidad este tipo de cuestiones en hombres jóvenes de clase media alta, de manera que se pueda comprender qué elementos pueden estar contribuyendo a que los jóvenes como los que yo entrevisté sí estén incluyendo más el condón. Al igual que Carrillo,<sup>15</sup> desde mi punto de vista, los relatos de los encuentros eróticos manifiestan la intensidad con que estos jóvenes viven sus experiencias placenteras; la manera en que a través de los encuentros eróticos se expone la capacidad humana de experimentar placer, de vivir el intercambio erótico con quien se desea y respetando el deseo de la otra persona. Sin embargo, en mis entrevistas el uso del condón se encuentra como elemento común en los relatos, de una manera integrada y asumida, que generalmente no representa incomodidad o interrupción alguna.

En mi estudio, el tema de la prevención de la transmisión del VIH/SIDA no aparece en las entrevistas de los hombres en relación con el uso del condón. Es como si asumieran sólo la prevención de un embarazo en aras de poder continuar sus estudios y desarrollo profesional. Pero también pareciera que, al igual que en otros sectores (Rodríguez, *et al.*, 1995; Amuchástegui, 2001; Carrillo, 2005), estos jóvenes no asumen la posibilidad que existe de adquirir de este tipo de infecciones de transmisión sexual. Si bien, en mi investigación el tema del VIH/SIDA no era central, el hallazgo respecto a la anticipación del placer en un sentido preventivo en los hombres, relacionado con el uso del condón da un punto de comparación para indagar al respecto en jóvenes de otros sectores, así como para profundizar más en futuros estudios con jóvenes de clase media y media alta.

---

<sup>15</sup> Véase lo que afirma Carrillo sobre las descripciones de sus entrevistas respecto a la pasión y el placer sexuales, lo que considera “una elocuente descripción de la magnífica y poderosa capacidad humana para experimentar gozo y placer y para expresar sentimientos a los demás en formas íntimas y satisfactorias” (2003:238).

### **Entre la intensidad y el miedo en la primera vez del placer: la experiencia corporal avasallante**

Carrillo (2005) describe en sus hallazgos que los sujetos asignaron a la pasión sexual un papel central en el encuentro sexual. Términos como “fuerza increíble”, “entrega”, “ímpetu”, “instinto”, “explosión”, “ternura”, “emoción” y “deseo” fueron utilizados como cualidades positivas que describían lo que para los sujetos era la pasión sexual. La intensidad de la pasión fue relacionada con el éxtasis, considerado como la cima del placer sexual, aunque también fue calificada como efímera, y en tanto fuerza incontrolable, fue asociada por los sujetos con lo desenfrenado, destructivo y caótico, incluso, peligroso.

En las entrevistas de mi estudio aparecen algunos indicios de una intensidad particular de la experiencia sexual, pero más relacionada con la primera vez, con el descubrimiento y la novedad. Como vimos, el placer es parte de la experiencia sexual-erótica en los relatos de estas jóvenes, pero en algunos casos forma parte de la construcción acerca de la primera experiencia erótica.

Aurora: [...] entonces pos bueno se salió, fue por un condón tuvimos nuestra primera relación sexual tanto de él como mía, fue muy bonito, no fue, yo pensé que me iba a doler a mares, horrible y no, no me dolió para nada, me gustó mucho [...].

A la primera vez se le atribuye una intensidad particular del placer. Así lo podemos ver en la historia erótica inventada por Hilda,

Hilda: [...] y empiezan a platicar y todo va muy bien los dos están en sus cinco sentidos, y este [...] y pues no sé, de repente empiezan a platicar acerca de temas más así de que –oye, tú me gustas–, –no pues a mí también, y, ya me di cuenta que hemos pensado, bueno, que somos más o menos, que pensamos más o menos parecido, o no sé me, sí me atraes muchísimo–, y, y se empiezan a besar, pero ya como, como desde antes habían sentido esa atracción en ese momento están los dos, no sé, súper calientes igual, ¿no? Y se empiezan a besar y es un beso así súper rico porque es la primera vez que ellos dos se besan. Y, y ella no sé, no había probado qué sentía besarse con él ni él tampoco con ella, entonces algo así súper rico y el abrazo es así como de, como de –ay no, no te vayas–,

o algo así y él también, o sea, no sé, sentir las pompis de ella o las piernas de ella sobre, sobre el pene de él, o sea, se ha de sentir así súper rico [...].

En esta historia, Hilda enfatiza que era la primera vez que los personajes se besaban, dando un realce a la situación placentera. El tema de la primera vez aparece también en el siguiente relato,

Lilia: entonces empezó a levantarme la blusa, a quitarme el brasier y a besarme, nunca nadie me había besado ahí, sí sentí bien y me gustó mucho, sólo que sí estaba muy nerviosa, sólo que estaba muy nerviosa, estaba muy, muy nerviosa, o sea, no sabía qué iba a pasar después y ya pos después de esa vez ya empezamos a fajar más.

Esa intensidad también está asociada con el descubrimiento y la novedad en el caso de los hombres. La experiencia sexual se vive en la corporeidad como algo nuevo, diferente.

Entrevistadora: ¿cómo fue esa vez?, cuéntame, ¿cómo fue?

Alberto: pues estaba viendo una película pornográfica y, este, y como que sentí mucha excitación, o sea, como que yo nunca acostumbré a hacer eso, estar viendo películas de esas, y fue una vez así que pasó, y este, y sí me excité tanto que decidí tocarme y que eyaculé, ¿no? Yo creo que esa fue la primera vez que sentí así placer fue así como que algo muy intenso, muy distinto, muy, muy placentero.

Le pregunté a Alberto cómo fue eso de que “decidió tocarse” y respondió

Alberto: se crea cierto clima, ¿no?, así que, así como que casi no lo pensé como que lo hice así mas bien casi instintivamente, ¿no?, como que lo descubrí.

¿El placer sexual se descubre como lo dice Alberto? Podemos pensar que algo se descubre cuando es totalmente desconocido. El que sea desconocido no significa que no esté colocado en algún espacio y tiempo. Es algo que está, que al parecer siempre ha estado, y que nunca se había conocido. Se conoce hasta el momento en que se “descubre” y se le da sentido a su presencia. Según el diccionario “descubrir” es sinónimo de localizar, encontrar,

sorprender, mostrar, revelar, desnudar. De todos estos sinónimos, los de localizar, encontrar y revelar son los más cercanos al significado que Alberto le da al uso de ese término. El placer sexual le fue revelado por su cuerpo. Encontró el placer sexual y localizó parte de la fuente, su corporeidad. Tal vez lo nuevo son las sensaciones que experimenta y significa a partir de su historia.

Podemos asociar esto con lo que afirma Carrillo (2005) respecto a que el cuerpo habla. En sus hallazgos, Carrillo muestra la relevancia del cuerpo concebido con la capacidad de decir lo que las palabras no pueden. Como dice este autor “El lenguaje del cuerpo se manifiesta a través de la activación de todos los sentidos” (Carrillo, 2005:233). Aunque el autor está refiriéndose a que el cuerpo habla durante el encuentro sexual de una pareja, también podemos decir que el cuerpo habla para el sujeto mismo. El placer sexual es algo “muy intenso”; como dijo Octavio Paz “el hombre es el único ser vivo que no dispone de una regulación fisiológica y automática de su sexualidad” (1993). Lo podemos ver en este relato,

Teresa: [...] La respiración se me aceleró, este, sentía cosquilleos, cosquilleos y quería, quería sentir lo que se sentía el que me tocara, eso era te digo, estaba pensando en mi mente cuando me estaba besando –¡tócame!, ¡acaríciame!– y, claro él no lo hacía porque yo había dicho desde un principio que no y me estaba respetando, pero sí sentía así como que, ¡ay! Muy, muy como que todo mi cuerpo se subía, como que no sé, sentía que desde abajo algo se subía así, que daba vueltas, me rascaba, no sé, muy raro, no sé explicarlo muy, muy chistoso muy así, muy diferente, algo que nunca había sentido.

El cuerpo y la experiencia placentera corporal rebasa al sujeto la primera vez que se siente (“[...] algo que nunca había sentido [...]"). Considerando lo anterior podemos decir que este dato es relevante para analizar en futuras investigaciones cómo se da la relación entre el sujeto y su cuerpo en tanto fuente de revelaciones sobre el placer. Como cuando dice “[...] ¡Ay! Muy, muy como que todo mi cuerpo se subía, como que no sé, sentía que desde abajo algo se subía así, que daba vueltas, me rascaba, no sé, muy raro [...]”. Esta frase se podría retomar para empezar a pensar en las maneras como la experiencia corporal placentera puede influir en la conciencia sobre el

cuerpo, en este caso, femenino. Hay que recordar que estos jóvenes han recibido por diferentes medios información sobre su cuerpo y los cambios corporales en la llamada etapa de la pubertad, además de que tienen contacto permanente con los medios de comunicación masiva y las nuevas tecnologías como la internet.<sup>16</sup>

La experiencia del placer también se presenta como avasallante, al grado de producir cierto miedo. Especialmente en las mujeres que participaron en mi investigación encontramos que hablan de que disfrutaron la experiencia erótica y, por tanto, reconocen el placer. Pero la identificación no siempre es tan abierta y asumida, sobre todo cuando expresan sentirse “raras”, como si vivieran el placer como algo sorprendente y extraño, desconocido.

Amelia: [...] entonces él me empezó a dar un beso estábamos acostados entonces yo empecé a sentir algo así como que –¡híjole! Y ahora que este, no sé, me siento así como que rara-. Y así le dije –no, ¿sabes qué? no sé-. [...] Entonces así como que, y me sentí como que rara [...].

Es interesante observar que “rara” es el término que utilizan cuando están relatando una experiencia erótica en la que al parecer no pueden describir su disfrute plenamente. Es como si la sujeto sintiera cierto temor ante eso “raro” que está sintiendo. Inclusive en la entrevista de Ileana, la sujeto que dijo no haber tenido novio nunca, encontramos el reconocimiento de eso que se califica como “raro”.

Ileana: yo no fui. Me pasó más que nada cuando, viendo las películas que se daban un beso cualquier cosita así, se siente así como que ay, o no sé, aquí en la escuela cuando las parejas de novios que las ves que se están besando o cosas así, o sea, más que nada con eso porque te digo yo no, no tuve novio y no lo sentí así, yo más, o sea, fue nada más así en las películas o no sé leyendo también.

---

<sup>16</sup> Algunas feministas han planteado que “[...] el cuerpo femenino, fragmentado y procesado a través del simulacro de la escena de los medios masivos de comunicación ha empezado a ser la metáfora para todos los cuerpos” (Probyn, s/f:350). Sin embargo, habría que indagar más sobre el impacto de esos discursos modernos en la experiencia del placer a la luz de investigaciones de campo que recojan los sentidos y significados que las mujeres y, en este caso, las jóvenes otorgan en la negociación de sus identidades de género.

Entrevistadora: ajá y, ¿qué has sentido en esos casos, qué has sentido?

Ileana: se siente como, no sé, como un escalofrío así como que se te pone chinita la piel y, no sé, se siente raro, no sé describirlo bien pero así como una sensación de escalofríos pero... .

Entrevistadora: y qué te parecen ese tipo de sensaciones, cuando las has experimentado, o sea, pues esas también son experiencias.

Ileana: ujún, pues, yo creo que más que nada es así como que se siente rico, ¿no? Pero pues cuando me pasaba así como que en el momento así como que, ¡ay! Pero pues después ya se pasa y estás en otra cosa y ya... .

Ileana termina identificando eso que “[...] se siente raro [...]”, con algo que “[...] como que se siente rico [...]”, pero no se atreve a hablar más de ese placer. Podríamos pensar que el placer da miedo por la cualidad corporal de ser avasallante.

Como hemos planteado, los significados otorgados a la experiencia sexual también están relacionados con el miedo. Teresa habla de la idea del dolor en la primera relación coital, así como del miedo que le hace sentir.

Teresa: [...] me da miedo, en primera por lo que vaya a sentir, porque me han dicho que duele mucho y, no sé, me da miedo eso, y después lo que vaya a pasar, me he metido mucho en la cabeza de que todos [los hombres] quieren eso y que después me pueden dejar.

La significación del cuerpo a partir de las prácticas eróticas parece estar ligada al temor al dolor, a alguna sensación desagradable. En este ejemplo, Teresa habla del dolor emocional por la amenaza de que los hombres quieren lograr el coito y después abandonar a la mujer, lo que nos hace pensar en que utiliza el dolor para resistirse al mandato de ser objeto para otros. Sin embargo, también podríamos preguntarnos si el miedo al dolor está ligado a la dimensión corporal y qué relación tiene con las concepciones de estas jóvenes respecto a la relación sexual coital.

En ese sentido, retomamos lo que aparece en los hallazgos de Carrillo (2005), cuando los sujetos depositan una característica negativa en la pasión sexual relacionándola con algo destructivo, negativo, fuerza incontro-

lable que debe controlarse. Aunque en esta investigación no encontramos esa característica negativa tal cual la encontró Carrillo, podemos ver cierta evidencia de que la experiencia de estas sensaciones placenteras son reconocidas por las sujetos, aunque habría que indagar más acerca de lo que significa calificarlas de “raras”; si sienten cierto miedo por lo avasallante que resulta, por la prohibición que enfrentan con los mandatos de la sexualidad femenina, por el miedo al castigo, o porque sean desconocidas y, como establece Carrillo (2005), no hay un registro en el lenguaje en donde se simbolice la experiencia placentera.

Pero también habría que indagar más respecto a la experiencia corporal del placer y la manera en que el cuerpo comunica al sujeto mismo sensaciones y emociones que forman parte del encuentro sexual y del erotismo. Como dice Octavio Paz “El lenguaje –sonido que emite sentidos, trazo material que denota ideas incorpóreas– es capaz de dar nombre a lo más fugitivo y evanescente: la sensación” (Paz, 1993:10). Sin embargo, el lenguaje está inserto en un registro diferente al de los sentidos y las sensaciones. Si el placer es avasallante implica que la experiencia corporal va primero, pero se significa al construirse en un discurso en el marco histórico, social y político en el que se encuentra involucrado el sujeto de la experiencia.

## CONSIDERACIONES FINALES

Hasta ahora, la prescripción de la heterosexualidad obligatoria ha sido subyacente a la discusión metodológica y teórica de la sexualidad en la investigación social. Con los hallazgos de mi investigación se sustenta la importancia de romper con la heteronormatividad que limita el abordaje metodológico, pero también conceptual del placer. En este artículo brindo algunas reflexiones que dan pauta para evidenciar el debate pendiente sobre el placer en el campo de los estudios sobre la sexualidad en Ciencias Sociales. Asimismo, muestro la importancia del género como categoría de análisis para comprender la subjetividad y su conformación a partir de los mandatos sociales para una sexualidad de género que incorpora el placer, el cuerpo y el erotismo desde mandatos sociales diferenciales para hombres y mujeres.

Por otro lado, este trabajo da luces de la manera en que la vida sexual de las y los jóvenes de clase media y media alta se construye a partir de las condiciones materiales y socioculturales en las que viven, mismas que devienen en condiciones de posibilidad para el erotismo, como pueden ser el acceso a lugares seguros para sus encuentros sexuales, a medidas preventivas de infecciones de transmisión sexual y anticonceptivas, entre otras. Conocer la vida sexual de estos jóvenes también da pautas para comprender la manera en que la clase social y sus posibilidades económicas les facilitan prácticas sexuales placenteras y seguras, constituyéndose como sujetos en resistencia y transgresión a los mandatos de la sexualidad de género. En ese sentido, el debate sigue abierto para mostrar la importancia de contar con dichas posibilidades como una transformación necesaria desde el marco ético de la justicia social para las y los jóvenes en general y no sólo para un sector socioeconómico reducido en la sociedad mexicana. Desde ese marco, y como parte de la argumentación social y legal sobre la sexualidad como un campo de derechos humanos, vale decir que se necesita contar con condiciones de posibilidad para el placer y la sexualidad, por tanto, para el ejercicio de los derechos sexuales como derechos humanos. Como señala Amuchástegui (2001), “Sin condiciones de posibilidad –materiales, culturales y políticas– para ejercer el derecho [sexual], (¿qué sentido tiene que hablemos de placer, de decisión sobre el propio cuerpo y el deseo?”.

Si para Foucault la búsqueda de alternativas no estaría en buscar la supuesta liberación del sexo rechazado y reprimido, sino la propuesta de una relación positiva con el cuerpo y el placer, entonces se requiere asumir el reto de mirar al placer en la sexualidad de las y los jóvenes, comprender el lugar que ocupa en sus experiencias y confrontaciones con las demandas sociales, y asumir que ellas y ellos también son sujetos de deseo y placer sexual, y de derechos sexuales. Los estudios sociales de la sexualidad de jóvenes han brindado mucha información que en ocasiones se ha tomado en cuenta para generar nuevos proyectos de investigación, pero también de intervención en el marco institucional que propone el mejoramiento de las condiciones para su salud sexual. Tal vez habría que reflexionar más en la lógica del debate que plantea Alice Miller (Miller, 2004) cuando dice que las acciones realizadas en los ámbitos institucionales y jurídicos para tratar

de evitar la violencia contra las mujeres no necesariamente han contribuido al fortalecimiento de las mujeres como ciudadanos y a la transformación de los sistemas de justicia para que sean consideradas como tales; cuando afirma que las intervenciones centradas en frenar la violencia contra las mujeres se han desarrollado ubicándolas en una posición de víctimas y reproduciendo la idea de que lo más importante de ellas es su integridad sexual, incluida su castidad.

Si traslapamos la lógica de su discusión a las cuestiones sobre la sexualidad de los jóvenes, sus derechos sexuales y los programas de investigación y de intervención que se han generado hasta ahora, tenemos que admitir la crítica de que no se han desarrollado para empoderarlos como sujetos de su placer con experiencias autogestivas y de autodeterminación, reproduciendo la idea de que como jóvenes no tienen la capacidad de tenerlas, y de que sólo requieren condiciones para cuidar su salud. No basta con tener investigaciones que introduzcan elementos para generar programas y acciones que coadyuven al mejoramiento de su salud sexual. Hace falta producir conocimiento para comprender la dimensión placentera y sus significados integrados en su sexualidad como sujetos de placer y de autodeterminación sexual, de cara también a su reconocimiento como sujetos de derechos.

Planteo estas inquietudes surgidas de la riqueza de los datos plasmados en las entrevistas de los sujetos que amablemente aceptaron participar en mi estudio. Estoy segura que muchas más pueden surgir de continuar con su lectura y comprensión de la riqueza de los significados que encierran tantas experiencias eróticas de estos jóvenes, hombres y mujeres. Por ahora dejaré hasta aquí el trabajo que inicié hace varios años y que seguiré desarrollando en aras de comprender cada vez más profundamente la maravillosa riqueza de la construcción subjetiva del erotismo y el placer que elaboran los sujetos en sus propios procesos de resistencia a los sistemas de poder.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara E. y Amuchástegui, A. (2004). Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. En: *La ventana* (núm. 20, pp. 157-194).
- Amuchástegui, Ana (1995). La implicación del investigador en el campo de la sexualidad y la salud reproductiva. En: Revista *Foro 3* (pp. 33-42). *Psicología*. México, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, Departamento de Educación y Comunicación.
- \_\_\_\_\_ (1997). *La primera vez. El significado de la virginidad y la iniciación sexual para jóvenes mexicanos*. Reporte de investigación para el Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. México.
- \_\_\_\_\_ (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México: Edamex-Population Council.
- \_\_\_\_\_ (2001). La navaja de dos filos: la investigación y el trabajo sobre hombres y masculinidades. En: *La Ventana, Revista de estudios de género* (núm. 14, pp. 102-125). México: Universidad de Guadalajara.
- Amuchástegui A. y Rodríguez, Y. (en prensa). La sexualidad: ¿invención histórica? En: *Manual de Capacitación para la Red Democracia y Sexualidad*. México: Red Democracia y Sexualidad.
- Arias, R. y Rodríguez, M. (1998). "A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México. En: Lerner, Susana (edit.). *Varones, sexualidad y reproducción* (pp. 319-341). México: El Colegio de México.
- Carrillo, H. (2005). *La noche es joven. La sexualidad en México en la era del SIDA*. México: Océano.
- Butler, J. (1993a). *Bodies that Matter: on the Discursive Limits of "Sex"*. Estados Unidos: Routledge.
- \_\_\_\_\_ (1996b). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En: Lamas, M. (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 303-326). México: PUEG / Miguel Ángel Porrúa.
- \_\_\_\_\_ (1997c). *The psychic life or power. Theories in subjection*. CA: Stanford University Press.
- \_\_\_\_\_ (2001d). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós/PUEG-UNAM.

- Catalá, M. (1983). *Reflexiones desde un cuerpo de mujer*. Barcelona: Anagrama.
- Dio Bleichmar, E. (1985). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: ADOTRAF.
- Dávila, A. (1999). Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: debate teórico e implicaciones praxeológicas pp. 69-83. En: Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (edits.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis.
- Esteinou, R. (2005). La juventud y los jóvenes como construcción social. En: Mier y Terán, M. y Rabell, C. (coords.) *Jóvenes y niños, un enfoque sociodemográfico* (pp. 25-70). México: Cámara de Diputados-IIS-FLACSO-Miguel Ángel Porrúa.
- Featherstone, M.; Hepworth, M., y Turner, B. (1991). *The Body Social Process and Cultural Theory*. Londres: Sage Publications.
- Flannigan-Saint-Aubin A. (1994). The Male Body and Literary Metaphors for Masculinity. En: Brod, H. y Kaufman, M. (edits.). *Theorizing Masculinities. Research on Men and Masculinities* (pp. 239-258). Estados Unidos: Sage Publications.
- Foucault, M. (s/f). *Las redes del poder*. Buenos Aires: Almagesto.
- (1984). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- (1987). *Historia de la Sexualidad. Tomo I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- (1987). La lucha por la castidad. En: Ariès, P. et al. *Sexualidades occidentales* (pp. 33-64). México: Paidós.
- (1988d). El sujeto y el poder. En: Dreyfus, H. y Rabinow, P. *Michel Foucault, más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (pp. 227-244). México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- (1993e). *Historia de la sexualidad, Tomo II: el uso de los placeres*. México, Siglo XXI.
- García, M. I. (1993). De la falta a la falla. Una historia de la culpa. En: *Tramas, subjetividad y procesos sociales, Instituciones Totales* (núm. 5, pp. 141-156).
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gutiérrez, J. y Delgado, J. M. (1999). Teoría de la observación. En: Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (edits.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 140-173). Madrid: Síntesis.
- Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? En: Bartra, E. (comp.). *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 9-34). México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

- Ibáñez Gracia, T. (1989). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- Ibáñez Gracia, T. (1994). *Psicología social construccionista*. México: Universidad de Guadalajara.
- Lerner, S. (ed.) (1998). *Varones, sexualidad y reproducción: diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México: El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano y Sociedad Mexicana de Demografía.
- Liguori, A. e Szasz, I. (1996). La investigación sobre sexualidad en México. En: *Perinatología y reproducción humana*, (vol.10, num. 2, pp. 71-80).
- Lock, M. (1993). Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. En: *Antropology* (núm. 22, pp. 133-155).
- Manero, R. (1990). Los psicólogos y la implicación. En: *Las profesiones en México* (núm. 6).
- Miller, Alice (2004). Sexuality, Violence against Women, and Human Rights: Women Make Demands and Ladies Get Protection. En: *Health and Human Rights* (vol. 7, núm. 2, pp. 17-46).
- Núñez, G. (1994). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*. México: Miguel Ángel Porrúa /PUEG-UNAM.
- Paz, O. (1993). *La llama doble. Amor y erotismo*. México: Seix Barral-Biblioteca Breve.
- Rodríguez, R. M. (1999). *Foucault y la genealogía de los sexos*. México: Anthropos-Universidad Autónoma Metropolitana.
- Rodríguez, G. (2000). Sexualidad Juvenil. En: Pérez Islas, José A. (comp.). *Jóvenes: una evaluación del conocimiento. La investigación sobre Juventud en México 1986-1999*. México: Secretaría de Educación Pública- Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud del Instituto Mexicano de la Juventud.
- (1995). Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del SIDA. En: Bronfman, Mario (coord.). *SIDA en México. Migración, adolescencia y género* (pp. 91-201). México: Información Profesional Especializada.
- Rodríguez, Y. (2006). *Jóvenes y erotismo: significados y subjetividades*. Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Mujer y Relaciones de Género. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Rosaldo, R. (1989). *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*. México: Grijalbo/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1996). *Metodología de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Seidler, V. (1986). *Rediscovering Masculinity: Reason, Language and Sexuality*. Londres: Routledge.
- Stanley L. y Wise S. (1990). Method, Methodology and Epistemology in Feminist Research Processes. En: *Feminist Praxis* (pp. 20-60).
- Szasz, I. (2003). Los riesgos de la desigualdad. En: *Modemmujer*. [En línea]. México, 14 de febrero de 2003, disponible en: <http://www.modemmujer.org.mx> [visitado el 19 de marzo de 2006].
- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ursúa, B. D. (2000). Políticas públicas para el desarrollo de los jóvenes. El caso de México, República Dominicana y Cuba. En: *Revista de Estudios sobre juventud. JOVEN-es* (año 4, núm. 10, pp. 6-63).
- Vance, C. (1984). El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad. En: *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 9-49). Madrid.

TERCERA SECCIÓN:  
DERECHOS, GÉNERO Y PODER



# GÉNERO, PARENTESCO Y PODER EN LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON VIH-SIDA: DOS ESTUDIOS CUALITATIVOS CON MUJERES MEXICANAS SEROPOSITIVAS

BETANIA ALLEN LEIGH<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo exploro la experiencia sexuada de un grupo de mujeres mexicanas de vivir con VIH/SIDA. Reseño los resultados de dos estudios cualitativos, el primero de los cuales tiene por objeto empírico el trabajo doméstico y las redes sociales entre mujeres mexicanas seropositivas,<sup>2</sup> mientras el segundo trata las representaciones y prácticas dentro del ámbito del parentesco, también de las mujeres mexicanas que viven con VIH/SIDA. En este texto, el objeto teórico general es el poder, en cuanto a la dominación ejercida en su contra y la resistencia que ejercen las mujeres seropositivas,

---

<sup>1</sup> Este texto surge de mi tesis doctoral, que tuvo por título: “Una etnografía de la experiencia sexuada de vivir con VIH/SIDA: Prácticas y representaciones de las mujeres mexicanas seropositivas en los campos del parentesco y la atención médica.” Mi directora de tesis fue la Dra. María Eugenia Olavarría Patiño, y los lectores fueron el Dr. Mario Humberto Ruz y la Dra. Antonella Fagetti. La tesis recibió el apoyo del PIEM, Colegio de México, a través de una beca dentro del programa de financiamiento de investigaciones con enfoque de género, y mi asesora dentro de dicho programa fue la Dra. Adriana Ortiz Ortega. Actualmente, soy Investigadora en Ciencias Médicas “D”, de la Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, *ballen@insp.mx*

<sup>2</sup> “Seropositivo” es un término que se utiliza para indicar que la persona ha tenido resultados positivos a una prueba serológica para los anticuerpos a un virus, en este caso el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH.

específicamente en el contexto de las relaciones de parentesco. Este ensayo se centra en la elucidación de cómo interviene, para estas mujeres, la construcción cultural del género en la vivencia del VIH/SIDA dentro del ámbito del parentesco. A través de la exégesis de los datos cualitativos (puntuales en un caso y más densos en el otro), indago sobre algunos aspectos políticos (en cuanto implican relaciones de fuerza) y simbólicos (significados y valorizaciones) de las prácticas del parentesco llevadas a cabo por mujeres viviendo con VIH/SIDA y su imbricación con el sistema simbólico de género.

Me planteé desarrollar un escrito sobre experiencias del VIH/SIDA entre mujeres mexicanas, el cual estaría enfocado en cuestiones de género, poder y salud, por dos razones. En primer lugar, la motivación para desarrollar este texto surgió de la observación de la relativa escasez de publicaciones en castellano sobre las mujeres seropositivas viviendo en México o América Latina.<sup>3</sup> En segundo lugar, considero que la perspectiva de género es esencial para la comprensión de la epidemia del VIH/SIDA en términos de los aspectos socioculturales de la transmisión del VIH y en cuanto a la experiencia de vivir con la enfermedad (Moreno, 2007; Kalipeni *et al.*, 2007; Okong, 2006; Hirschhorn *et al.*, 2006; Harrison *et al.*, 2006; Voisin, 2005; Langen, 2005; Rao Gupta, 2002; Herrera y Campero, 2002; UNAIDS, 2001; Amaro, 1995). Mi esperanza era que el presente análisis fuese pertinente, en cuanto el VIH/SIDA (prevención, transmisión, recibir atención, etc.) es una enfermedad íntimamente vinculada con las inequidades de género (ONUSIDA, 2004; ONUSIDA, UNIFEM, UNFPA, 2004). Utilicé la perspectiva de género para el análisis dado que permite ver la desigualdad, en términos de valorización y poder que hay entre hombres y mujeres, y dicha desigualdad es una pieza central de la transmisión heterosexual del VIH; asimismo, el que las prácticas y concep-

<sup>3</sup> Sin embargo, desde que realicé mi tesis doctoral se han hecho varias publicaciones basadas en estudios realizados en México, como por ejemplo los libros de Kendall y Pérez Vázquez (2004) y de Pérez Vázquez *et al.* (2004), así como los artículos de Herrera y Campero (2002), Kendall (2006), Campero *et al.* (2007), Kendall *et al.* (2007) y Herrera *et al.* (2008); por otra parte, existe una buena cantidad de publicaciones brasileñas (en portugués, obviamente) sobre mujeres seropositivas, que incluyen libros, artículos, capítulos de libros y tesis, algunas de las cuales son accesibles a través de las páginas de Internet de la Universidad de Sao Paulo (<http://www.usp.br>), de la Fundación Oswaldo Cruz (<http://www.fiocruz.br>) o de SciELO (<http://www.scielo.org>).

ciones de género sean socialmente construidas con base en una valoración diferencial de los sexos, tiene un impacto fundamental en cuestiones de prevención, transmisión y la atención para tratar el VIH/SIDA (Héritier, 1996; Ortner, 1996).

Lo que significa ser mujer u hombre en una sociedad dada, así como las prácticas, actitudes y posición relacional de poder que de ello devienen, determina en gran medida el impacto del VIH/SIDA en las personas que viven con la enfermedad y las respuestas que les son factibles (ONUSIDA, 2004; UNAIDS, 2001). Específicamente, para las mujeres seropositivas suelen haber menores posibilidades de acceso a atención médica, mayor contaminación simbólica (o estigma) por el vínculo que se construye entre el VIH/SIDA y la “promiscuidad sexual” (sea lo que sea esto), mayor pérdida de ingresos (por sus propias ganancias y las de su pareja masculina) y mayor carga de trabajo en cuanto a los cuidados prestados a los familiares que también viven con VIH/SIDA (Hirschhorn *et al.*, 2006; Rodríguez, 2005; Gebo *et al.*, 2005; Box *et al.*, 2003; Shapiro *et al.*, 1999; UNAIDS, 1998). En fin, dado que la desigualdad de género es uno de los principales determinantes de la vulnerabilidad a la infección por VIH y también define gran parte de la situación de las personas que viven con el VIH/SIDA, me pareció pertinente realizar un escrito sobre el tema desde esta perspectiva.

Para explicitar, fundamentar y desarrollar con mayor detalle y profundidad las ideas presentadas en los párrafos anteriores, en este capítulo presento los resultados de dos estudios cualitativos, los cuales involucraron a mujeres mexicanas seropositivas. En primer lugar, reporto los hallazgos de un estudio exploratorio que tiene un enfoque empírico basado en entrevistas semiestructuradas y puntuales con mujeres mexicanas que viven con VIH/SIDA en tres ciudades del país. Este estudio generó datos sobre el trabajo doméstico realizado por mujeres mexicanas que viven diferentes etapas de la enfermedad, así como las redes sociales que las rodeaban y el apoyo social que percibían recibir, siempre en el contexto de vivir con VIH/SIDA. Esta etapa de la investigación plantea como objeto empírico el trabajo doméstico y como objeto teórico el papel de género; se concluye que lo último (el papel de género) es lo que determina la experiencia de vivir con VIH/SIDA.

Posteriormente, expongo algunos datos e interpretaciones de un estudio etnográfico, con un enfoque que tiene la intención de ser más teórico-conceptual, el cual se realizó con un grupo de mujeres mexicanas que tienen VIH/SIDA y reciben atención médica en la zona metropolitana de la Ciudad de México. La investigación etnográfica utiliza una concepción más relacional del género (la cuál es más afín a la antropología simbólica). El objeto empírico de este estudio son los contenidos culturales y las prácticas que tienen lugar dentro de los lazos de parentesco, mientras el objeto teórico son las valoraciones y posiciones relacionales desiguales –según el género– que existen dentro del ámbito de estas redes. Esta segunda etapa en la investigación busca extender la comprensión de la temática general del estudio exploratorio al proponer que los niveles diferenciales de valoración y de poder que tienen los géneros determinan la experiencia de vivir con VIH/SIDA, dentro del contexto de las redes del parentesco al menos.

#### DATOS MÍNIMOS SOBRE EL CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON VIH/SIDA

##### **Algunos datos epidemiológicos**

En el año 2000, aproximadamente 90% de las personas infectadas con VIH/SIDA vivían en África, Asia y América Latina (Del Río, 1999:93). Para fines de 2005, a nivel mundial 40.3 millones de adultos vivían con VIH/SIDA, de los cuales 46% eran mujeres. Durante 2005 hubo 4.9 millones de nuevas infecciones de VIH y 3.1 millones de muertes por SIDA en todo el mundo (ONUSIDA, 2005). En América Latina, vivían 1.8 millones de adultos y niños con VIH/SIDA en 2005 y 32% de las personas que viven con VIH/SIDA en América Latina eran mujeres. La prevalencia de VIH/SIDA entre adultos latinoamericanos ha sido de 0.6% durante varios años, y esto permanece en el 2005 (esto quiere decir la proporción de adultos mayores de 15 años que viven con la enfermedad) (ONUSIDA, 2005). Aunque la prevalencia del VIH/SIDA en América Latina es mucho más baja que en otras regiones del mundo, está creciendo, y además la proporción de mujeres infectadas con VIH va en aumento en esta región (García Calleja

*et al.*, 2002). En Latinoamérica, “la epidemia se presenta como un verdadero mosaico, con diferencias en el tipo de poblaciones afectadas, tasas de incidencia y prevalencia, recursos disponibles y políticas de prevención y cuidado,” (Del Río, 1999:94). Las tasas más altas de infección con VIH en América Latina se encuentran en América Central y el Caribe, donde las relaciones heterosexuales constituyen la vía de transmisión más común (UNAIDS, 2000b).

En 2005 había 160,000 personas viviendo con VIH/SIDA en México, y aproximadamente la tercera parte de éstas eran mujeres (53,000). La proporción de mujeres infectadas ha aumentado de 15% en 1998 a más de 30% en 2005 (Mágis Rodríguez, 1998; ONUSIDA, 2005). En las Américas, México ocupa el tercer lugar en cuanto al número reportado de personas que viven con VIH/SIDA, después de Estados Unidos y Brasil. En la República Mexicana se estima que hay una prevalencia de VIH entre la población general de 0.3% (ONUSIDA, 2005; Noriega Minichiello *et al.*, 2002).

Las relaciones sexuales constituyen la vía principal de transmisión del VIH en México; 86.6% de los casos acumulados desde el principio de la epidemia en el país se dieron a través de las relaciones sexuales, de los cuales 62.2% fueron relaciones entre hombres. En la República Mexicana, se estima una relación hombre-mujer (número de hombres infectados por cada mujer infectada) de 6 a 1, aunque en algunos estados la relación hombre-mujer es de 3 a 1 (esto ocurre en Morelos, Puebla y Tlaxcala) (Mágis Rodríguez *et al.* 2000:16). En 1998, 55% de los mexicanos con VIH/SIDA vivían en el Distrito Federal, el Estado de México y Jalisco (Uribe Zúñiga *et al.*, 1998:2).

México tiene una epidemia concentrada, lo cual significa que la prevalencia del VIH entre la población general, estimada a través de la prevalencia entre mujeres embarazadas, está por debajo de 1% y a la vez hay prevalencias mayores a 5% en poblaciones específicas. En el país, la prevalencia del VIH/SIDA entre mujeres embarazadas se estimó en 0.09% durante la última mitad de la década de 1990. Los grupos con las prevalencias más altas son los hombres que tienen sexo con otros hombres (las prevalencias llegan hasta 15%) y las personas que se inyectan drogas (hasta 6%) (Mágis Rodríguez *et al.*, 2000).

Algunos autores han planteado que el crecimiento en el número de mujeres mexicanas infectadas es posible, especialmente en grupos específicos de la población femenina en el país (Herrera y Campero, 2002; Del Río y Sepúlveda, 2002). El grupo de mujeres mexicanas con la prevalencia de VIH/SIDA más alta es el de las reclusas (1.4%), mientras las trabajadoras sexuales tienen 0.35% de prevalencia y las embarazadas 0.09%. En 1998, para el grupo de mujeres mexicanas de 25 a 34 años de edad el VIH/SIDA era la sexta causa de muerte (Uribe Zúñiga *et al.* 1998:2). Hay pocos estudios sobre la prevalencia del VIH/SIDA en las zonas rurales mexicanas, y ciertamente es una enfermedad que sigue concentrada en las ciudades medianas y grandes. No obstante, de 1994 a 1997, hubo un incremento relativo de 50% del total de casos en zonas rurales (Mágis Rodríguez *et al.* 2000:20). Hay dos patrones o tipos de distribución de la epidemia del VIH/SIDA entre la población mexicana: en las zonas urbanas, especialmente las ciudades grandes y las que se ubican en la frontera con Estados Unidos, hay un porcentaje mayor de hombres infectados, mientras en las zonas rurales de las regiones centrales y sureñas hay una proporción mayor de mujeres infectadas (Uribe Zúñiga *et al.* 1998:2).

Entre las mujeres, la epidemia del VIH/SIDA se propaga principalmente a través de las relaciones sexuales con hombres (UNAIDS, 2000). Otros riesgos de transmisión de VIH para las mujeres son el uso de equipo no estéril para la inyección de drogas intravenosas y las transfusiones sanguíneas. Las transfusiones de sangre constituyen un problema especialmente en países donde no hay un sistema de tamizaje para la sangre que se transfunde, y dado que las mujeres reciben más transfusiones que los hombres, su riesgo de infectarse por esta vía es mayor (Del Río y Sepúlveda, 2002). Hay pocos datos sobre la transmisión sexual del VIH dentro de las relaciones sexuales entre mujeres (Fishman y Anderson, 2003). Se piensa que es biológicamente posible, pero poco probable, que el virus se transmita de mujer a mujer en una relación sexual (Denenberg, 1997; Shah, 2000). Los riesgos de contraer VIH entre las mujeres que tienen sexo con mujeres parecen vincularse no a las prácticas sexuales con otras mujeres, sino a las relaciones sexuales con hombres (quienes a veces son hombres con prácticas homosexuales) y el uso de las drogas intravenosas (Bevier *et al.*, 1995; White, 1997; Denenberg, 1997; Richters, 2002). Por su

parte, los riesgos de infección por VIH de las mujeres transgénero (personas que al nacer fueron clasificadas y educadas como hombres, pero quienes se identifican como mujeres y activamente construyen sus personas y cuerpos como femeninos) se relacionan a la discriminación, la vulnerabilidad y las relaciones sexuales con hombres (algo muy similar a las demás mujeres) (Meléndez y Pinto, 2007; Bockting *et al.*, 1999). En resumen, las mujeres (independientemente de si se identifican como heterosexuales, bisexuales, lesbianas o transgénero) se infectan del VIH mayoritariamente a través de las relaciones sexuales con hombres.

### **Datos sobre la enfermedad y su tratamiento**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las personas se infectan con VIH a través del contacto con ciertos fluidos corporales de una persona infectada (aunque el contacto no siempre resulta en infección). La sangre y el semen son los fluidos corporales que contienen una mayor cantidad del virus y se ha demostrado que cuando estos dos fluidos entran al sistema sanguíneo de una persona (a través de la membrana mucosa —sobre todo si se encuentra comprometida o dañada— de la vagina o el ano, al entrar directamente a una vena, a través de la placenta, por ejemplo) puede ocurrir una infección con VIH. Por lo tanto, las vías de transmisión del virus incluyen las relaciones sexuales vaginales y anales (y posiblemente orales), las transfusiones de sangre que contiene el virus, el uso de jeringas u otro equipo médico contaminado y la transmisión vertical (durante el embarazo y el parto). Se sospecha que el virus también se puede transmitir a través de la leche materna (Ainsworth *et al.*, 1998).

Después de la infección inicial, el sistema inmune de la persona infectada suele resistir el VIH con éxito durante un tiempo, lo cual significa que el VIH avanza lentamente durante un periodo de ocho a 10 años (en algunos países en desarrollo pudiera ser un poco menos, aproximadamente siete). Durante esta etapa la persona infectada no suele tener síntomas; es decir, se encuentra clínicamente sana y se dice que la persona es seropositiva o que tiene VIH (no tiene SIDA todavía). Después de este periodo asintomático, el VIH empieza a eliminar ciertas células del sistema inmune, por lo

cual éste deja de funcionar de manera paulatina. Durante esta última etapa de la enfermedad las personas, que pueden tener un diagnóstico de SIDA, se enferman de una multiplicidad de enfermedades infecciosas (llamadas oportunistas), dado que su sistema inmune ya no es capaz de prevenirlas. Cuando el sistema inmune haya dejado de funcionar casi completamente, la persona fallece a causa de alguna enfermedad oportunista (Ainsworth *et al.*, 1998).

En el último quinquenio del siglo XX, hubo grandes avances en el tratamiento de la infección por el VIH. El tratamiento que revolucionó el manejo del VIH/SIDA se llama tratamiento antirretroviral sumamente activo (también llamado simplemente “tratamiento antirretroviral”). Este régimen produce mejoría en la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA en términos de tener menos enfermedades oportunistas y vivir por más años. Las personas que viven con VIH/SIDA y que utilizan este tipo de tratamiento se enferman menos y no son hospitalizadas tan a menudo. Estudios en Estados Unidos, varios países europeos, Brasil y Argentina, demuestran que un menor número de las personas que viven con VIH/SIDA se mueren si reciben estos medicamentos (Del Río y Cahn, 1999).

## PROCESO DE INVESTIGACIÓN

### **Métodos del estudio exploratorio**

Participé en la realización de un estudio exploratorio sobre mujeres mexicanas seropositivas durante 1999, gestionado y financiado por la oficina regional de UNIFEM para México, Centroamérica, Cuba y la República Dominicana. Tal investigación se basó en entrevistas puntuales, semiestructuradas, las cuales fueron aplicadas por activistas en la lucha contra el VIH/SIDA a 46 mujeres que viven con VIH/SIDA en la Ciudad de México, Ciudad Juárez y Mérida. Para la realización de este estudio exploratorio se desarrolló un instrumento para la recolección de datos a través de discusiones con miembros de organizaciones de la sociedad civil (OSC), mujeres que viven con VIH/SIDA, así como epidemiólogas y científicas sociales quienes

eran expertas en la perspectiva de género.<sup>4</sup> Se hizo una prueba piloto de este instrumento que combinaba preguntas cuantitativas (con respuestas cerradas) y cualitativas (respuestas abiertas, que fueron anotadas por las/los entrevistadoras/es) con un grupo de tres mujeres seropositivas y se hicieron modificaciones al documento con base en sus comentarios.

Posteriormente, miembros de diversas OSC con trabajo en la lucha contra el VIH/SIDA aplicaron el instrumento entre mujeres seropositivas que vivían en la misma ciudad donde operaba la OSC en cuestión, ya sea la Ciudad de México, Ciudad Juárez o Mérida. Las/os trabajadoras/es de campo incluyeron mujeres y hombres sensibilizados y con un buen manejo de los temas involucrados en el estudio. Las/os trabajadoras/es entraron en contacto con mujeres seropositivas a través de grupos de autoapoyo, médicos, instituciones de salud y haciendo uso de sus propios contactos y conocimientos. Las/os trabajadoras/es de campo realizaron las entrevistas con un cuidado especial hacia el estado emocional de la entrevistada, un asunto muy delicado. El conocimiento previo de las/os trabajadoras/es de campo del tema de estudio, sus conocimientos sobre cómo contactar a las participantes, así como su sensibilidad frente a las entrevistadas, fueron elementos esenciales dentro del proceso de investigación que garantizaron la calidad de los datos e hicieron posible la realización del estudio.

Revisé y codifiqué manualmente los datos cualitativos (respuestas abiertas, anotadas a mano), con categorías que surgieron de los propios datos y los sistematicé utilizando matrices. El concepto central que utilicé para la interpretación de los datos fue el del papel de género como determinante de la experiencia de vivir con VIH/SIDA. El papel de género se refiere a las expectativas sociales sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres en una sociedad específica. Parte de la construcción social del género es el aprendizaje por parte de los individuos acerca de cuáles comportamientos se prohíben, se permiten o se promueven para cada género; es decir, el aprendizaje del papel de género (Perry *et al.*, 1992; Lamas, 1996).

---

<sup>4</sup> La mayor parte de las personas involucradas eran mujeres, por lo que utilizo el género femenino aquí.

Un total de 46 mujeres que viven con VIH/SIDA participaron en el estudio exploratorio, encontrándose ellas en diferentes momentos del proceso de vivir con el virus, desde algunas con un diagnóstico de unos cuantos meses hasta mujeres con varios años de vivir con el VIH/SIDA y personas hospitalizadas. Se incluyeron mujeres de tres zonas geográficas de la República Mexicana –centro, norte y sur–, con 29 mujeres de la Ciudad de México, ocho de Ciudad Juárez, Chihuahua, y nueve de Mérida, Yucatán. La muestra fue de conveniencia y, por lo tanto, no es representativa.

### **Métodos del estudio etnográfico**

Realicé el estudio etnográfico durante 2002-2003, después de haber analizado los datos arrojados por el estudio exploratorio con la intención de generar resultados que fueran más densos (más detallados y que permitieran una descripción del fenómeno que diera cuenta de la complejidad del mismo [Geertz, 1973]), con mayor profundidad sobre las experiencias de las mujeres seropositivas en México. Mi interés se centraba en indagar sobre la manera en que la valoración diferencial y los diferentes niveles de poder que existían en relación con el género determinaba la experiencia de vivir con VIH/SIDA. Quería conocer sus prácticas de resistencia, las tácticas o estrategias que utilizaban para ejercer el poder subalterno, tanto en el ámbito del parentesco como en el contexto de la atención médica.

Decidí realizar un estudio etnográfico que incluyera la observación participante, las entrevistas grupales (grupos focales) e individuales, el cual realicé dentro del contexto de dos grupos de autoapoyo de mujeres que viven con VIH/SIDA, uno en un hospital y otro en una organización de la sociedad civil (OSC). El hecho de que yo hiciera el estudio etnográfico con grupos de autoapoyo de un hospital del IMSS y de una OSC específica implicó que la mayoría de las informantes<sup>5</sup> incluidas en el estudio fueran derechohabientes del IMSS. Esto quiere decir que ellas tenían cubiertas sus necesidades de atención médica a través de este sistema de salud, lo cual en México incluye los medicamentos antirretrovirales. Además, ellas residían en o cerca de la capital del país (en el Distrito Federal o el Estado de México), donde hay

---

<sup>5</sup> Sigo la tradición antropológica al llamar a las participantes en el estudio “informantes”.

una mayor oferta de atención médica de parte de instituciones públicas y de distintas OSC. En especial estos factores diferencian el grupo de mujeres con el cual yo trabajé de algunos otros grupos de mujeres seropositivas mexicanas, las cuales tienen situaciones diferentes en términos de la atención médica, acceso a medicamentos, participación en OSC y otros aspectos de sus vidas. Por lo tanto, y por la metodología utilizada, este estudio no es representativo de la totalidad de las experiencias de las mujeres mexicanas que viven con VIH/SIDA. La muestra de la investigación etnográfica incluyó unas 45 mujeres seropositivas, con una participación más sostenida de 25 mujeres y un contacto más frecuente y profundo con siete de ellas. Las mujeres que participaron en el estudio tenían entre 22 y 45 años de edad. Todas se identificaban como heterosexuales y antes de infectarse con VIH la gran mayoría había tenido sólo una pareja sexual en la vida (dos habían tenido dos parejas y dos habían tenido más de tres parejas). Casi todas tenían hijos, muchos de los cuales no tenían VIH, algunos sí vivían con VIH/SIDA y otros habían muerto por complicaciones relacionadas con el SIDA.

La observación que hice durante mi investigación etnográfica tuvo lugar inicialmente dentro de las sesiones de los dos grupos de autoapoyo, que tenían lugar cada 15 días. Con el paso del tiempo, empecé a acompañar a las mujeres de los dos grupos de autoapoyo durante otras actividades dentro del hospital y en la OSC. Esto incluía cosas como el hacer cola con ellas en la farmacia, estar en la sala de espera con ellas, asistir a reuniones que ellas tuvieron con directivos del hospital y mítines políticos o reuniones sociales de la OSC, así como algunas marchas y ferias informativas (Mays y Pope, 1995). Esto significa que mi trabajo de campo se dio durante visitas serias (durante 18 meses en 2002 y 2003), en lugar de una estancia de tiempo completo, como ocurre en la antropología tradicional (proponen un enfoque similar Rodríguez y de Keijzer [2002]). Después de cada sesión de campo yo registraba lo que había observado a través de los apuntes en los cuales vertía todo lo que recordaba de las conversaciones y actividades del día.

Dentro del contexto de los grupos de autoapoyo también recolecté tres tipos de entrevistas grupales: grupos focales tradicionales, en los cuales yo usaba una guía de entrevistas, sesiones de discusión en las que las informantes definían los temas y llevaban la discusión según sus propios criterios y

dinámicas activas que yo proponía y organizaba. Las grabaciones de estas sesiones fueron transcritas. También realicé entrevistas a profundidad con cinco mujeres (después de conocerlas por un periodo de un año), con una duración de alrededor de tres horas y las cuales fueron transcritas también. Durante el trabajo de campo etnográfico también entré en contacto y platicué con hombres seropositivos, tanto hombres gay como heterosexuales y la información que ellos me aportaron se registró en la bitácora de campo.

El análisis del material etnográfico lo hice a través de lecturas repetidas (de los apuntes de campo y transcripciones de entrevistas), la redacción de mis reflexiones sobre el trabajo de campo, y finalmente la codificación del material etnográfico en categorías que surgían del contrapunteo entre teoría y etnografía. Los códigos que definí y apliqué a los apuntes de campo y las transcripciones de las entrevistas surgieron de un proceso que combinaba al mismo tiempo tres actividades: la lectura y relectura de este mismo material etnográfico, la lectura de textos teóricos y la redacción de apuntes, reflexiones y borradores (Morse y Richards, 2002; Savage, 2000; Pope, Ziebland y Mays, 2000; Mays y Pope, 2000; Marcus y Fischer, 1986).

## HALLAZGOS

### **Estudio exploratorio en tres ciudades mexicanas**

#### *Datos sociodemográficos*

El rango de edad de las mujeres que participaron proporcionando datos para la realización del estudio (realizado en la Ciudad de México, Ciudad Juárez y Mérida) fue de 22 a 54 años, con un promedio de 34.5 años. La mayoría de las participantes se encontraban casadas o unidas, mientras que otras mujeres eran solteras o separadas. Por otra parte, otras mujeres habían enviudado, a raíz del desarrollo del VIH/SIDA en sus parejas masculinas. La mayor parte de las participantes tenían estudios más allá de la primaria, distribuidas éstas entre personas con la secundaria o una carrera técnica, mujeres con la preparatoria parcial o completa y con estudios a nivel profesional. Mientras tanto, otras mujeres tenían la primaria completa (la mayor parte) o incompleta.

Participaron en el estudio mujeres seropositivas de todos los niveles económicos. Más de la mitad de las mujeres estudiadas tenían un empleo remunerado, mientras algunas tenían un empleo adicional, usualmente informal y no de tiempo completo. Varias mujeres dejaron de trabajar por alguna causa relacionada con su seropositividad, ya sea porque se enfermaban frecuentemente, y decidieron que sería lo mejor para su salud, o porque migraron de una área rural o ciudad pequeña a la capital del estado o del país para conseguir mejores servicios médicos. Tres mujeres habían perdido su empleo por su calidad de personas viviendo con VIH/SIDA. Un dato preocupante es el que la hija de una mujer entrevistada, con 16 años de edad, dejó de estudiar después de la secundaria, y empezó a trabajar para ayudar a mantener a la familia. Aunque solamente recogimos datos sobre un caso de este tipo, durante las discusiones iniciales sobre el cuestionario con mujeres seropositivas, varios comentarios anecdóticos apuntaban a situaciones similares en otras familias. Pareciera que hay una tendencia para que las hijas de las mujeres seropositivas se hagan cargo, a una muy corta edad, ya sea del trabajo doméstico y cuidado de los otros niños o también en cierta medida de la manutención económica de la familia. Esto tiene implicaciones importantes para las vidas de las niñas y adolescentes en el seno de familias afectadas por el VIH/SIDA. Las niñas, pareciera que más que los niños, podrían perder oportunidades de educación y de vivir su niñez sin una carga de trabajo, ya sea éste remunerado o no.

#### *Apoyo y redes sociales*

Después del diagnóstico de seropositividad, las fuentes más frecuentes de apoyo social son los miembros de la unidad doméstica de la mujer, parientes que vivan cerca y los grupos de autoapoyo y las amigas/os y vecinas/os. La pareja masculina aparece relativamente poco como alguien con quien la mujer seropositiva puede contar para escucharla, en una situación de crisis o para reconfortarla. En varios casos, esto es porque ya ha fallecido, y en otros porque está enfermo; no obstante, aun en casos en que la pareja está presente, ésta no aporta apoyo emocional. Por otro lado, es poco frecuente que las familias de los cónyuges masculinos apoyen a las mujeres seropositivas que participaron, aunque ocurre en algunos casos.

Generalmente, la familia de origen de la mujer constituye una red de apoyo importante, que aporta dinero, casa, ayuda con los hijos y con el trabajo doméstico, cuidados durante periodos de enfermedad, y comprensión y apoyo emocional. Sin embargo, cubrir los costos del tratamiento antirretroviral, o aun las otras necesidades de salud como prevención en general, dietas o ayuda psicológica, por lo regular, rebasa la capacidad de esta red familiar, así como de la mujer misma, con o sin el apoyo económico de una pareja masculina. Sobre el apoyo de las relaciones familiares, se comentó lo siguiente:

Recibo mucho amor, principalmente de mis hijos que me apoyan en todo.

Mis amigos y hermanos han sido el mejor apoyo que he tenido, y ahora mi pareja [nueva].

En algunos casos, la mujer se encuentra sin una red familiar que la apoye, ya sea por un rechazo a raíz de su diagnóstico con VIH, muchas veces aunado a una situación previa de distanciamiento emocional, o porque la mujer es soltera o separada y no tiene familiares cerca (a causa de la migración interna por razones económicas). En los casos en que la pareja masculina estaba infectada con VIH también, y falleció, muchas veces esto constituye el comienzo de la desintegración de la red familiar, a veces por rechazo de la familia del cónyuge hacia la mujer infectada, o porque la pareja masculina constituía su mayor apoyo económico, emocional y práctico.

La gran mayoría pertenecen a grupos de autoapoyo de personas seropositivas, mientras algunas pocas asisten a grupos religiosos. Aproximadamente la cuarta parte de las mujeres que participaron en el estudio no pertenecen a ninguna organización de tipo social, tal y como un grupo de autoapoyo, OSC, grupo religioso, etc. La mitad de las participantes asiste frecuentemente a las reuniones, y la otra mitad sólo esporádicamente. Los comentarios sobre el apoyo que reciben en las OSC incluyeron los siguientes:

Como que se desahoga uno platicando sus cosas, sus problemas. Llega uno tranquilita a su casa.

Me dieron medicamento, me hicieron estudios y siento que me han ayudado mucho porque me escuchan.

Pues, apoyo para manejar mi situación y para saber qué hacer cuando necesite ayuda médica.

Las mujeres que no participan en un grupo de autoapoyo o religioso se sienten más solas, dicen que se deprimen más, y se sienten más incomprendidas. Una de ellas comentó lo siguiente, en respuesta a si tenía quién la escuchara:

Muchas veces nadie, porque no tengo confianza de contarle mis cosas a nadie.

Tanto las mujeres que asisten regularmente a los grupos de autoapoyo como las que asisten poco (usualmente porque sienten que no tienen tiempo, o porque no tienen el dinero necesario para transportarse al lugar en el que sesiona el grupo) perciben las sesiones como una fuente importante de apoyo social. Por ejemplo, una mujer comentó:

Tengo muchos problemas para asistir porque a veces no hay quién me cuide a los niños... Pero siempre hago todo lo posible por venir.

En otros casos la experiencia de vivir con el virus aunado al contacto con una OSC lleva al activismo político dentro de estas agrupaciones.

### *Trabajo doméstico*

La carga de trabajo doméstico suele depositarse primordialmente sobre los hombros de las mujeres que viven con VIH/SIDA, quienes en todos los casos fueron casadas o unidas con un hombre y casi siempre fueron madres de familia. En cuanto a algunas de las tareas vinculadas a la vida doméstico-familiar, el número de mujeres entrevistadas que decían encargarse de esto después de conocer su diagnóstico de VIH, bajó ligeramente con respecto a la situación anterior al conocer su seropositividad. Por ejemplo, menos mujeres estudiadas se encargan de las compras, la cocina, la limpieza y de llevar a los niños a la escuela. En cuanto a tareas como cuidar a los

niños, planchar y lavar ropa y hacer pagos de servicios como teléfono, luz, etcétera (que involucra tiempo, energía y dinero para desplazarse a donde se deben de efectuar los pagos), casi el mismo número de participantes se encargan de esto antes y después de conocer su diagnóstico.

Los datos del estudio exploratorio indican que el diagnóstico de VIH no tiene mayor influencia para que se compartan más estas tareas entre diferentes miembros de la familia, o específicamente entre los géneros. Cuando hay apoyo familiar en este aspecto, usualmente son las mujeres (hijas, mamás, hermanas) quienes lo proporcionan. Sólo en algunos casos la pareja masculina, los hijos varones o el papá apoyan también. Sin embargo, algo positivo es que las mujeres que apoyan suelen ser mayores (hermanas, mamás, tías, suegras), y no es tan común el que las hijas en edad escolar utilicen su tiempo y energía para las tareas domésticas, aunque esto ocurre más entre las hijas que entre los hijos varones.

Por otro lado, bastantes menos participantes se encargan de lavar trastes, una tarea diaria que implica cansancio físico (por estar de pie) y tiempo. De igual manera, significativamente menos mujeres estudiadas cuidan enfermos, quizá porque en muchos casos ellas mismas son las que se enferman. Otros datos recolectados en el estudio parecen indicar que con la experiencia de vivir con VIH muchas mujeres aprenden a pedir y aceptar los cuidados de otros en este aspecto. Por lo general, sin embargo, en cuanto a las tareas domésticas no parece haber un cambio significativo en la carga de trabajo doméstico entre las mujeres seropositivas estudiadas después de conocer su diagnóstico, a pesar de que probablemente crezcan las necesidades de utilizar su tiempo y energía para cuidarse más en varios aspectos, en los que se incluye el descanso.

### *Conclusiones empíricas, metodológicas y teóricas del estudio exploratorio*

Con el estudio exploratorio, intenté esbozar cómo las cuestiones de género atraviesan la experiencia del VIH/SIDA. El concepto central del estudio cualitativo exploratorio fue el papel de género. En el momento de realizar ese estudio, concebí el trabajo doméstico como la práctica central del papel de género. Esto desembocó en que uno de los objetivos centrales del estudio exploratorio fue determinar quién hace el trabajo doméstico en los hogares de las mujeres mexicanas que viven con VIH/SIDA y si esto cambia a

raíz del diagnóstico con VIH o en algún momento de la experiencia de vivir con VIH/SIDA. Como corolario, buscaba datos que indicaran si, a raíz de la vivencia con la enfermedad, disminuía la cantidad de trabajo doméstico que hacían las mujeres seropositivas. Otro aspecto que buscaba investigar en el estudio exploratorio eran las redes y el apoyo sociales. Por lo tanto, se recolectaron datos sobre la existencia de lazos sociales en las vidas de las mujeres seropositivas y sobre el nivel de apoyo práctico y emocional que ellas percibían recibir dentro de estas relaciones.

Los hallazgos exploratorios indican que el papel de género que se construye y se asigna a las mujeres determina en gran medida la capacidad de las mujeres seropositivas de usar atención médica para esta enfermedad o de satisfacer las diversas necesidades relacionadas con el proceso de vivir saludablemente con el VIH/SIDA (no todos estos datos se presentan aquí [ver Allen, 2006]). En términos empíricos, se fundamenta la necesidad de espacios sociales en los cuales recibir apoyo emocional –el compartir y ser escuchada– y en la sociedad en general es menester el desarrollo de un ambiente de aceptación social hacia las personas y sus derechos, independientemente de su estado serológico. Para empezar, habría que apoyar la creación de grupos de autoapoyo para personas seropositivas, tanto para mujeres únicamente como mixtos y exclusivamente para hombres gay y heterosexuales, en una variedad de lugares para facilitar el acceso y uso constante de los mismos, dado que este servicio es básico para la calidad de vida de las personas seropositivas.

Aun en el ámbito empírico, este estudio sugiere la necesidad de lograr una mayor equidad en cuanto a la distribución de las tareas domésticas y en general de la carga de trabajo que actualmente está asociado con los papeles de género de las mujeres. Este tipo de trabajo incluye cuidar y educar a los niños, hacer de comer, limpiar el hogar y la ropa, cuidar a los enfermos y, en general, coordinar el cuidado de la salud de la familia. El estudio exploratorio alude a que para las mujeres entrevistadas, el vivir con VIH/SIDA conlleva una mayor carga de trabajo de este tipo. Por ende, sería menester promover la discusión a nivel social y familiar de maneras diferentes de distribuir la carga del trabajo doméstico, al incluir la participación de todas/os los miembros de la familia y servicios comunitarios, como la creación de

guarderías, tal vez las “cocinas comunales”, etc. El VIH/SIDA es una enfermedad que se suele dar a nivel familiar, en el sentido de que usualmente varios miembros de la familia la adquieren. En relación con esto, el estudio parece indicar que se genera más trabajo doméstico-familiar cuando el VIH/SIDA está presente; aun si esto no sucede, toda la familia se ve afectada por el VIH/SIDA. Se les asigna a las mujeres el cuidado de los miembros de la familia si se enferman (Robles Silva, 2002). Otra carga de trabajo es el manejo de la atención médica de varios miembros de la familia y frecuentemente la necesidad de llevar una dieta familiar especial. Este estudio exploratorio sugiere que aun cuando las mujeres tengan necesidades de salud o están enfermas, persiste la inequidad de género en cuanto a la carga de trabajo de tipo doméstico-familiar.

La realización del estudio exploratorio, y en especial la interpretación de los datos generados, tuvo un aporte metodológico en cuanto constituyó un ejercicio de aprendizaje para mí, en relación con la investigación cualitativa. A pesar de que el concepto de papel de género se podría haber implementado de manera cualitativa (en términos operativos; por ejemplo, indagando sobre cómo las mujeres seropositivas definen el papel de género, qué contenido le atribuyen al papel de género en términos de representaciones o significados), en realidad tengo que reconocer que busqué darle una respuesta más bien cuantitativa a las preguntas de investigación sobre el trabajo doméstico (entendido como la práctica central del papel de género). Es decir, busqué averiguar *cuánto* trabajo doméstico se realizaba y *quién hacía más* trabajo doméstico, lo cual implica *cuantificar*, en lugar de indagar sobre los contenidos sociales o simbólicos de esta práctica genérica.

Lo que aportó en términos teóricos el estudio cualitativo exploratorio fue la siguiente pregunta: ¿por qué el estado somático no modifica la cantidad de trabajo doméstico que hacen las mujeres seropositivas, mucho menos quién lo hace y específicamente el género que lo hace? Aquí ya no me preguntaba algo cuantitativo (si había más o menos trabajo doméstico después del diagnóstico) sino, creo, algo cualitativo sobre las explicaciones o significados y en relación con un proceso. Me cuestioné si el sistema simbólico de la diferencia sexual está implicado de manera pro-

funda en la experiencia social del VIH/SIDA en México. Específicamente con respecto a las mujeres seropositivas, mis preguntas (a raíz no sólo del estudio exploratorio sino también de la revisión de la literatura teórica, especialmente en el campo de la antropología simbólica del parentesco) eran las siguientes: ¿cuáles aspectos sociales y simbólicos del sistema de valencia diferencial de los sexos subyacen a las prácticas y representaciones de las mujeres a lo largo de la vivencia con esta enfermedad dentro de los contextos de las redes de parentesco? ¿La construcción social y simbólica del género está por encima del concepto de persona y de lo somático? Es decir, aun en la presencia de lo somático, con un cuerpo vulnerado por la enfermedad, ¿tiene prioridad el género? ¿Hasta qué punto el género y los papeles genéricos son determinantes en la construcción de la persona seropositiva? Las reflexiones empíricas, metodológicas y teóricas sobre las cuestiones de género –las cuales involucran diversas inequidades, incluyendo niveles de poder y valoración desiguales– que surgieron de este estudio exploratorio y de las lecturas teóricas en los campos del parentesco, la antropología simbólica y el poder subalterno, me llevaron a realizar el estudio etnográfico, del cual presento algunos hallazgos a continuación.

### **Estudio etnográfico con mujeres que viven con VIH/SIDA**

Utilicé la metodología etnográfica para intentar explorar de manera más profunda las desigualdades de género y su relación con el ejercicio del poder, aspectos que apenas se vislumbraban (pero no se distinguían con claridad) al revisar los datos arrojados por el estudio exploratorio. A través de la observación participativa y las entrevistas individuales y grupales, logré generar un material etnográfico con cierta densidad (en el sentido de Geertz [1973]), lo cual me permitió elaborar interpretaciones sobre el uso del poder subalterno en el contexto de las inequidades de género que impregnan la experiencia de vivir con VIH/SIDA de un grupo de mujeres mexicanas. Antes de empezar a describir los hallazgos etnográficos, incluyo aquí un marco conceptual para explicar las ideas y conceptos que utilizo para entender el poder, que siempre se vincula al género en este texto.

*Marco teórico: ideas que son “buenas para pensar” sobre el tema de estudio*<sup>6</sup>

En este momento, será necesario formular una definición del sistema de género, ya no utilizando el concepto de papel de género, sino una definición que se centra en los aspectos simbólicos y su relación con el poder. En este sentido, se puede entender el sistema de género como un entramado de representaciones que norman las relaciones entre las mujeres y los hombres, a las cuales subyace una valoración diferencial de los sexos (el que se valore más lo masculino que lo femenino) (Héritier, 1996). Se trata de la articulación de una serie de elementos que generan una dominación masculina y su contraparte, una subordinación femenina (Bourdieu, 2000). Tales elementos incluyen estructuras normativas, dispositivos sociales, costumbres y ritos, creencias y sistemas simbólicos que constituyen una serie de limitaciones y prohibiciones, y también prescripciones en relación con lo que socialmente es una mujer o un varón (Gutiérrez Aguilar, 1999:13-14). Al definir e imponer lo proscrito y lo permitido, esta ideología del género construye las posiciones que ocupan las mujeres y los hombres (D'Aubeterre, 2002). El sistema de género tiene, entonces, elementos simbólicos –creencias, valoraciones–, los cuales producen (y de forma circular son reforzados y recreados por) posiciones que implican diferentes niveles de poder.

Tales posiciones existen –se construyen y se experimentan– dentro de diversos espacios sociales; la posición que una persona ocupa en tal o cual espacio social es diferente en cuanto al poder que detenta. El ámbito del parentesco es una esfera social en la cual hay una jerarquía, en cuanto hay una valoración diferencial y diversos niveles de poder, y el género determina en gran medida esta jerarquía (aunque también las generaciones, cuestiones económicas, etcétera) (Héritier, 1996; Godelier, 1992; D'Aubeterre, 2002; Córdova Plaza, 2002). En general, entonces, en el ámbito del parentesco las mujeres valen menos y tienen menos poder; en este sentido, es un *locus* de la subordinación femenina (Córdova Plaza, 2003). La valoración diferencial de los géneros se puede observar en que el trabajo de las mujeres, siempre dentro del ámbito de parentesco, vale menos, al punto de que está invisibilizado; es decir, el trabajo que hacen las mujeres en la esfera social

---

<sup>6</sup> La frase es de Lévi-Strauss (1965:131).

del parentesco no se considera trabajo, no se le asigna un valor (ni dentro de la economía simbólica ni a través de un valor de cambio) (Bourdieu, 2000). Esta invisibilización generalmente existe hasta dentro de las concepciones de las personas que suelen realizar este trabajo (las mujeres).

El trabajo que hacen (principalmente) las mujeres dentro del ámbito del parentesco yo lo llamo *trabajo del parentesco*. Se trata de una forma de concebir el trabajo doméstico de tal manera que incluya todo el trabajo de reproducción social en un sentido amplio, no sólo la limpieza y la cocina, por ejemplo, sino los cuidados a los enfermos y el cuidado emocional aportado a los parientes, dado que tales actividades tienen como objetivo la reproducción biológica y social de la unidad doméstica y de los demás miembros de la red de parentesco. También incluye la organización de los rituales orientados hacia la creación y el mantenimiento de los lazos de parentesco –como, por ejemplo, bodas y bautizos, fiestas familiares de fin de año o de cumpleaños– y todas las actividades que contribuyen al mantenimiento de los lazos de parentesco como las llamadas telefónicas de felicitación por diversos motivos, la compra de regalos de navidad o cumpleaños, la preparación de comidas familiares, etcétera. El trabajo del parentesco es básico para la existencia física y cultural de un grupo. En diversas sociedades, incluyendo la mexicana, y de manera variable dependiendo de la clase social que se trate, uno de los contenidos culturales de las prácticas genéricas del parentesco es el que las mujeres hagan el trabajo de parentesco (Di Leonardo, 1987; Lomnitz y Lizaaur, 1978, 1987; Masayuki-Hamabata, 1990; Yanagisko, 1975; Stivens, 1979).

Esta definición se parece a lo que algunos otros autores han descrito, pero usualmente como parte de la *reproducción social* y sin una vinculación específica con el parentesco (Bourdieu, 1977; Arizpe, 1986, citada en Córdova Plaza, 2003); o han hecho una descripción de este conjunto de actividades, las cuales han identificado como vinculadas al parentesco, pero sin especificar que es *trabajo* (producción de valor) (Lomnitz y Pérez Lizaaur, 1979, 1987; Yanagisako, 1977). Por otra parte, el trabajo de parentesco según la definición de la antropóloga Micaela Di Leonardo (tal vez la autora que más ha desarrollado este concepto, y quien utiliza una frase equivalente en inglés, *kin work*), incluye visitar a parientes y amigos, escribir cartas y hacer llamadas por teléfono, enviar regalos y tarjetas de felicitación, así

como la organización de eventos festivos, pero se limita a las prácticas que mantienen los lazos *entre* unidades domésticas (hogares ubicados en distintos lugares geográficos) y no *dentro* de las mismas (Di Leonardo, 1987: 94-96). Tanto la misma Di Leonardo como otros antropólogos que retoman sus ideas sobre el trabajo de parentesco, lo conciben como una práctica que contribuye a la creación y mantenimiento de vínculos entre parientes, pero lo utilizan principalmente para los lazos entre parentela que reside en distintas unidades domésticas (Di Leonardo, 1984 y 1987; Lamphere *et al.*, 1993; Sinke, 2002; Feldman y Stall, 2004). La diferencia entre estas definiciones del trabajo de parentesco y la que utilizo aquí es que, en mi concepción, el trabajo de parentesco no se limita al mantenimiento de los lazos de parentesco entre unidades domésticas o parentela que vive alejada entre sí. Al contrario, uso la idea del trabajo de parentesco para englobar a toda la producción de valor de uso que realizan principalmente las mujeres y que tiene como resultado el mantenimiento de los lazos de parentesco *en primer lugar dentro de las unidades domésticas* y en segundo lugar entre una unidad doméstica y otra, siempre que estén vinculadas por lazos de parentesco.

Me parece que el concepto de trabajo de parentesco es útil para pensar las prácticas de género precisamente en cuanto se puede incluir en él las prácticas cotidianas de género (asignadas a las mujeres) como la preparación de la comida, el vestir a los niños y llevarlos a la escuela, la limpieza de la casa y de la ropa, el cuidado de los enfermos y de la salud fisiológica y emocional. Por mi parte, me parece más interesante utilizar un concepto de trabajo de parentesco formulado desde una posición teórica enfocada en los contenidos culturales de las relaciones de parentesco. Es decir, mi predilección es por usar la idea del trabajo de parentesco para entender las lógicas simbólicas de las prácticas y las representaciones del parentesco.

Por otra parte, empezando con el estudio exploratorio y más aún durante el trabajo de campo del estudio etnográfico, me daba cuenta de que, para pensar el ejercicio del poder por las mujeres mexicanas que vivían con VIH/SIDA, necesitaba una concepción del poder que tomara en cuenta la posición extremadamente subalterna que ocupan, por las inequidades de género y por la contaminación simbólica que surge de la experiencia social

de ser una persona seropositiva.<sup>7</sup> Es decir, el VIH/SIDA se asocia con la transgresión de las normas sexuales y de género, y además las personas seropositivas son etiquetadas o clasificadas como personas enfermas. Esto implica una contaminación simbólica en diversos sentidos, que incluye el que la enfermedad implica una asociación con la muerte. Al ser clasificados como enfermos, la persona y su cuerpo se asocian con la muerte, hay muerte dentro de ellos. De esta manera, el VIH/SIDA es una anomalía –muerte en un cuerpo vivo– que se sujeta a reglas de exclusión (otros evitan entrar en contacto o huyen de la persona, su cuerpo y sustancias corporales) (Douglas, 1973). Las reglas de evitación implican un esfuerzo por recobrar el sentido perdido a través del desorden de la anomalía (Lévi-Strauss, 1965:108-134; Douglas, 1973:15-16; 1974,126-131).

Entonces, dado este trasfondo, me parece muy útil para entender la dominación y la resistencia en el contexto de las vidas de las mujeres mexicanas seropositivas la idea de que una de las unidades más elementales del poder es la posibilidad de disponerse de sí misma (Gutiérrez Aguilar, 1999). La disposición de sí misma es elemental en cuanto de allí nace el poder; todo ejercicio del poder (ya sea la dominación o la resistencia) se basa en la disposición de sí. Se trata de la disposición de sí en cuanto a lo físico para empezar –de los movimientos, de los usos del cuerpo–, pero también en lo social y en el imaginario. Es decir, si entendemos que es en el cuerpo y en la persona donde se materializa la normatividad social, a través de las tecnologías del poder tanto del género como del parentesco, la disposición del cuerpo y la persona constituye el elemento esencial de las relaciones de dominación y resistencia, o del poder (Córdova Plaza, 2003; Bourdieu, 2000; Gutiérrez Aguilar, 1999; Foucault, 1991b y 1993). Se derivan de la disposición de sí una infinidad de subordinaciones, incluyendo la violencia interpersonal, el control sobre la reproducción biológica a través de la prohibición o no del aborto, los anticonceptivos, etc., el control de las actividades laborales, políticas o intelectuales y el control del trabajo

---

<sup>7</sup> El concepto que comúnmente se utiliza para designar la unidad cultural que yo llamo contaminación simbólica es el estigma; sin embargo, me parece que se trata de un vehículo-signo que es puro significante, sin nada de significado (es, pues, una palabra vacía de contenido, Eco, 1976; Lévi-Strauss, 1987a y 1987b).

que produce la reproducción social.<sup>8</sup> La idea de la disposición de sí misma como lo más elemental del ejercicio del poder me permite pensar sobre cómo hacen uso del poder las mujeres seropositivas desde su posición extremadamente subalterna.

Como he afirmado, si además de las cuestiones de desigualdad de género existe la contaminación simbólica que se asigna a las personas que viven con una enfermedad como el VIH/SIDA, hay un poder subalterno y extremadamente limitado. Se trata de un poder acotado, del “único poder posible de las mujeres” (Héritier, 1996: 292). Éste es el poder de los muy débiles, de los que tienen muy poco poder; por lo tanto, utilizan las únicas herramientas disponibles a los débiles, que son la obstrucción, la abstención y la huelga (Héritier, 1996a:292). Las mujeres resisten el que otros las controlen y dispongan de ellas de una manera encubierta, oculta inclusive de ellas mismas, con estas técnicas de los débiles, que son las únicas posibles. La naturaleza del “único poder posible” (el poder limitado y subalterno que ejercen algunas mujeres<sup>9</sup>) se observa en que sus únicos recursos disponibles son la omisión, el sabotaje, la manipulación y la huelga, la guerra de guerrillas en lugar de una batalla campal (Héritier, 1996). Por ejemplo, un recurso limitado, pero que en general sí pueden usar las mujeres, es el hacer o no hacer el trabajo doméstico; es decir, realizar una huelga en cuanto a preparar la comida, ya sea de manera abierta o a través de la omisión (Héritier, 1996). Esta concepción del único poder que pueden usar las mujeres, dadas las posiciones subordinadas que ocupan en todas las sociedades (Héritier, 1996; Ortner, 1996), también me parece útil para trabajar una situación tan subalterna como la de las mujeres seropositivas.

Ahora intentaré utilizar estas ideas y conceptos para entender los datos etnográficos. En esta sección, exploro cómo las diferencias de género y las relaciones de parentesco constituyen sistemas simbólicos que ordenan las relaciones sociales y le dan significado a la experiencia del VIH/SIDA. Ubico

---

<sup>8</sup> Quisiera agradecer a María del Carmen Castro por sus comentarios a una versión anterior de este texto, los cuales fueron muy certeros y de gran ayuda en mis esfuerzos por darle mayor claridad en la exposición y sobre todo una mejor argumentación y fundamentación teóricas. En la oración que aparece arriba, incluso retomo algunas palabras suyas del comentario escrito que ella realizó con respecto al presente texto.

<sup>9</sup> Hay, claro está, mujeres con más poder que ciertos hombres, por cuestiones de clase, etcétera.

el cuerpo sexuado y la persona genérica como las unidades culturales (Eco, 1987) desde las cuales se construye esta experiencia, y el ámbito del parentesco como el espacio social en el que tiene lugar. Indago sobre cómo se dispone de las mujeres dentro del ámbito del parentesco (Gutiérrez Aguilar, 1999; Córdova Plaza, 2003). Es decir, cómo las mujeres seropositivas y sus familiares luchan por controlar a las primeras (su cuerpo y persona) en el nivel cotidiano. Asimismo, intento mostrar que las mujeres seropositivas realizan una gran cantidad de trabajo de parentesco porque constituye la práctica simbólica central en la construcción de sí mismas en tanto personas genéricas (es decir, en cuanto mujeres, Héritier, 1996; Godelier, 1992).

*La lucha por disponer de sí mismas*

*por parte de las mujeres seropositivas en el ámbito del parentesco*

En el caso específico estudiado aquí, dentro del ámbito del parentesco hay una lucha de poder entre las mujeres seropositivas y sus parientes en cuanto a la disposición de estas mujeres. Parientes, por un lado, y las mujeres seropositivas, por el otro, buscan ejercer el control sobre la disposición de la persona y cuerpo de la mujer, en términos de poder moverse físicamente de un lugar a otro (“salir a la calle”, ir a cualquier lugar no estrechamente vinculado a la concepción hegemónica de la persona sexuada). Pero también se busca controlar sus amistades y vínculos emocionales y cómo ellas pueden (o deben) pensar en sí mismas o en su futuro como partícipes en un escenario más amplio que el de los límites estrechos impuestos por las normas imperantes de género y las reglas de exclusión impuestas a partir de la contaminación simbólica vinculada al vivir con VIH/SIDA.

Durante las sesiones del grupo de autoapoyo, frecuentemente las informantes comentaban que sus familiares las critican porque “salen” mucho o porque están “en la calle todo el tiempo”. En las narrativas de las informantes surgían repetidamente ejemplos de la norma dominante que se utiliza para impedir que las mujeres dispongan de sí mismas; se trata de la idea que marca que “las mujeres deberían estar en su casa” o, lo que es lo mismo pero del lado negativo, “las mujeres no deberían andar en la calle”. Edith<sup>10</sup> lo explica así:

<sup>10</sup> Los nombres de las informantes han sido cambiados para conservar su confidencialidad.

Con la familia es lo más difícil. Porque te exigen más, dicen, ‘no puedes,’ o sea *no puedes ir*, no puedes estar *faltando*. (*Grupo focal en el hospital*)

Es decir, no pueden “faltar” en cuanto a las acciones e intenciones normadas como apropiadas para las mujeres. Por lo tanto, las mujeres seropositivas tienen que luchar, desde su posición subalterna como mujeres y por vivir con VIH/SIDA, para disponer de sí mismas. Los miembros de sus redes de parentesco, por otro lado, intentan imponerles limitaciones en cuanto a sus movimientos y pensamientos, a través de las normas de género.

Por ejemplo, Laura habla repetidamente de las críticas que recibe de sus hermanos y hermanas cuando va saliendo de su casa para acudir a una cita en los múltiples hospitales donde se atiende, para asistir a una sesión del grupo de auto apoyo para mujeres seropositivas o para ir a una reunión de la organización de la sociedad civil (OSC) de la cual forma parte. Sin embargo, cuando dice que va a recoger a su hija a la escuela, al mercado a comprar comida o a acompañar a su hermano a que lo atiendan de su diabetes, dice que esto no es mal visto por su familia. Los familiares de Laura le dicen que no debe “andar en la calle todo el día”, que está mal que “nunca está en la casa”. También dice Laura que su mamá se preocupa cuando ella no “llega a tiempo”; usualmente esto se refiere a llegar a tiempo para ir a comprar comida, prepararla, o alguna otra tarea doméstica. Según Laura, a su mamá, “no le parece que su hija salga de la casa y esté fuera de la casa tanto tiempo,” aunque muchas veces sea para ir a ver a diversos médicos. Por otra parte, a Laura y Edith les gusta ir a bailar, y lo hacen ocasionalmente, a pesar de que los familiares de las dos las critican cuando “salen por allí juntas” (*Apuntes de campo*).

Muchas de las informantes comentan que médicos, psicólogos y trabajadoras sociales les han recomendado que hagan ejercicio, especialmente salir a caminar, para combatir la depresión (muchas experimentan depresiones frecuentes, lo cual se ha documentado en diversos estudios sobre personas que viven con VIH/SIDA, Neff *et al.*, 2003; Goggin *et al.*, 2001; Pierret, 2000; Bennett *et al.*, 1998). Sin embargo, dicen que es muy difícil para ellas llevar a cabo esta práctica de autocuidado, ya que sus hijos y otros familiares les dicen continuamente: “no salgas por allí”, “¿para qué tienes que dar vueltas en la calle?”, y otros comentarios por el estilo, y que se sienten presionadas a “no salir de la casa” (*Apuntes de campo*).

Por ejemplo, Patricia dice:

Que luego mis hijos se ponen, “¿a dónde vas?” “Voy a la calle.” “No mamá.” “Sí, hombre, a caminar.” Porque no puedo estar encerrada. Siento que necesito respirar, ver. Porque siento que me aprieta. Me... entonces digo, “me voy a caminar, necesito hablar con alguien”. (*Grupo focal en el hospital*)

La siguiente narrativa de Mónica es muy ilustrativa de varios elementos del control sobre la disposición de sí, tanto en lo físico como en lo social:

Y apenas me tocó venir a este... a los estudios [estudios de laboratorio en el hospital, que se hacen a las 7 de la mañana]. Pues acá desayuno y me quedo ya...

No y “qué, ¿no va a darles de desayunar?” [No está claro si esto le dice su hija, o si ella misma se hace este comentario]. Y ahí voy corriendo a hacerles de desayunar. Para *dejar el desayuno y la ropa de la niña* [es una estudiante de secundaria], encargarla que me la llevara mi hermano. Entonces llego y le digo, “Ya vine.”

[Dice la otra hija, universitaria:] “¿Pues a dónde fuiste?”

“Pues a hacer mi análisis.”

“Pues es que ni me avisaste.”

“Porque cuando llegué ya estabas dormida.”

“Pero me hubieras dicho siquiera.”

“Pero es que luego te despierto y te enojas. Ahorita vengo, voy al hospital.”

“¿A qué?”

“Es que va a empezar el nuevo grupo [de autoapoyo].”

“¿Y me vas a dejar?”

“Es que ya habíamos quedado que tú vas a quedar [a atender la tienda] en la mañana y yo en la tarde.”

“Pero es que te vas a ir a tardar.”

“No me voy a tardar, voy a venir.”

“No, te vas a ir a quedar.”

“Bueno, está bien no voy a ir.”

Luego ya llega el muchacho que es su novio y se pone a platicar con él, muy contenta y muy risueña. Y yo pues me fui a llorar al baño porque me siento así presionada y pues como que no va. Y me voy y me pongo a llorar ahí en el baño. La veo que ella está muy

contenta con su novio y digo, “al rato ella también se va casar, me va a dejar, ¿y yo? ¿Qué va a ser de mí? ¿Yo aquí me voy a quedar sentada llorando? No, dije, este es mi espacio [el grupo de autoapoyo] y voy a ir.”

Y me vine.

Y digo, no es posible, que uno les quiera dar todo a sus hijos y que ellos solo se... (llora) la verdad es que Dios es tan grande y primero que todo la salud y no es posible que ellas no lo valoren de esta manera. Vengo al hospital y veo a gente que pasa... (llora)... que ya están más delgados, ¿no? Gente así que veo, ¿no? Entonces digo, ¿cómo es posible que yo estoy bien y mi hija en lugar de que diga, “Sí, vete mamá, siente, necesita...?” No, ella como que quiere reprimirme. Como si ella fuera mi mamá. Haz de cuenta como si ella estuviera casada. (*Grupo focal en el hospital*)

Sus hijas, a quienes Mónica mantiene y quienes son una adolescente (la estudiante de secundaria) y una adulta joven (la universitaria), la pretenden controlar en cuanto a sus viajes al hospital para buscar atención médica o para asistir al grupo de auto apoyo, argumentando que ella debe de dar de desayunar (la división sexual del trabajo le asigna a Mónica esta tarea, y al no hacerlo está depositando en sus hijas la responsabilidad de preparar su propia comida, y de esta manera ella deja de realizar una de las prácticas asociadas con la maternidad). Esto es una lucha de poder, y Mónica identifica esto en cuanto lo llama “represión”.

Pero esta represión funciona, ya que Mónica considera seriamente no asistir al grupo de auto apoyo, porque su hija se queja de que “la va a dejar” y que “se va a quedar”. En este caso específico, Mónica sí decidió asistir a la sesión del grupo, pero en muchas otras ocasiones no lo hizo, posiblemente por las quejas de sus hijas, a través de las cuales ellas lograron disponer de Mónica. Por otro lado, es interesante que uno de los argumentos de Mónica en contra de la validez de los argumentos de su hija, en lugar de disputar el contenido de tales argumentos (que debe de dedicarse únicamente a las prácticas estrechamente vinculadas a su papel de género y limitar sus movimientos al ámbito del parentesco), lo que cuestiona es la validez de que su hija sea la que le impone este control. Es decir, lo que Mónica logra cuestionar es la capacidad de su hija de imponerle el control, por su posición en la red de parentesco (“como si ella fuera mi mamá, haz de cuenta como

si ella estuviera casada”), mas no llega a disputar abiertamente el control mismo, el que la limiten al espacio y las prácticas del parentesco.

Es como lo que comenta Maurice Godelier:

Uno puede suponer que entre más comparten los hombres y las mujeres estas representaciones del cuerpo [genérico, entendido como unidad cultural que incluye también a la persona], ellas encuentran menos razones en su propio pensamiento y menos medios para disputar el orden social que pesa sobre ellas y que se inscribe en sus cuerpos. Entre más se entierra este orden en el cuerpo, más el consentimiento se desemboca en silencio. Basta que cada uno o cada una viva su cuerpo y se vea para saber lo que él o ella puede o no puede hacer, puede desear o debe prohibirse desear (Godelier 1992:18, *traducción mía*).

Es decir, basta que cada mujer viva su cuerpo en cuanto es una construcción social que involucra a la persona también, y que existe dentro de un sistema de género que incluye la valoración diferencial de los sexos, para entender qué puede hacer, a dónde puede ir, qué puede desear, tanto actividades o sueños deseados como personas o cuerpos que se desean, como se observa en la siguiente cita de Mónica (tomada de la misma sesión del grupo de autoapoyo que la cita anterior):

Porque el sábado me iba a ir a una fiesta y le digo [a mi hija], “ya vete para la casa, yo voy a cerrar [la tienda] y ahorita a la hora de que cierre me voy a ir a una fiesta.”

“¿A las once de la noche te vas ir a una fiesta?”

“Sí.”

“¿Por qué te vas a ir tan tarde?”

“Pues porque a esa hora cerramos, a esa hora me voy a ir.”

“¿A una fiesta a esta hora?”

“A esta hora me voy a ir a una fiesta.”

Entonces haz de cuenta que no... ella no quisiera... veo a un muchacho que se me acerca mucho allá por la casa.

[Dice su hija:] “No me digas que vas a andar con él.”

“Pues ya me pidió que por qué no me caso con él.”

“¿Y a poco te casarías con él?”

“No, si él no sabe mi situación [que es seropositiva]. ¿Cómo me voy casar con él? ¿Imagínate si me caso?”

Pero haz de cuenta que es como, como reprimirme de cosas como que, “no hagas esto, no hagas lo otro, no vayas para allá. Cositas así que digo... si yo quisiera o si yo fuera mala madre, pues ya las hubiera dejado y me hubiera ido”. (*Grupo focal en el hospital*)

En esta cita se percibe que la hija de Mónica también pretende controlarla en cuanto a lo social, ya que intenta evitar que vaya a una fiesta y la “reprime” cuando hay un hombre que muestra un interés romántico y sexual en ella. Sin embargo, el argumento que Mónica utiliza en contra del control de sus hijas sobre ella opera con la misma lógica que el discurso de su hija (como afirma la cita de Godelier). Mónica razona que ella sí obedece las normas de género, en cuanto a que permanece al lado de sus hijas, en cuanto al apoyo que les brinda (“si yo quisiera o si yo fuera mala madre, pues ya las hubiera dejado y me hubiera ido”). Además, Mónica se clasifica a sí misma como no apta para el matrimonio, pero porque vive con VIH.

El decir que los familiares intenten controlar la disposición de las mujeres seropositivas no quiere decir que siempre sean exitosos. Se trata de una lucha, precisamente, y muchas veces las mujeres seropositivas logran disponer de sí mismas en alguna medida. Algunas, como Citlali, lo hacen en lo físico: ella sale regularmente de su casa para hacer ejercicio. A pesar de las presiones por “quedarse en casa”, Laura se atiende en cuatro hospitales diferentes, recibe atención psicológica en dos instituciones, asiste a dos grupos de auto-apoyo, y participa periódicamente en dos organizaciones no gubernamentales, además de salir a bailar y a tomar café con amigos. Edith y Mónica también salen a bailar o a fiestas a veces, y Hortensia y Patricia asisten juntas a reuniones con autoridades del sector salud. Modesta utiliza varias horas cada día, después de su jornada de trabajo remunerado, en la alfabetización de adultos, diciendo que “nadie me entiende, pero es algo bonito que no quiero dejar, algo que hago yo, es como una actividad que yo decido hacer”; es, pues, un proyecto suyo, para el cual ella dispone de sí misma (de su tiempo y su fuerza de trabajo) (*Apuntes de campo*).

Sin embargo, las mujeres seropositivas alcanzan estos logros en contra de restricciones y represiones recibidas por parte de su unidad doméstica y red de parentesco más amplia. El disponer de sí mismas implica una lucha de poder, requiere del uso de tácticas y recursos por su parte. El que estos recursos de poder estén más bien limitados, por su posición subalterna, hace la lucha más difícil, pero no imposible de ganar.

*Trabajo de parentesco y existencia social  
de las mujeres que viven con VIH/SIDA*

Como comenté, los contenidos culturales del parentesco constituyen las reglas de operación del ámbito de éste (Bestard, 1998). Precisamente, uno de los contenidos culturales de las relaciones de parentesco en el México urbano (entre otros contextos), es que las mujeres están encargadas de realizar prácticas que crean y mantienen los lazos de parentesco (o sea, el trabajo de parentesco) (Lomnitz y Lizaaur, 1979; también en otras culturas, Di Leonardo, 1987). El trabajo del parentesco es un elemento central de la construcción sociocultural de lo que es una mujer en muchas sociedades, incluyendo la mexicana. El hacer trabajo de parentesco es uno de los núcleos de la existencia social de las mujeres; es decir, de manera variable dependiendo de la clase social y cuestiones culturales, un atributo central que define la calidad de la mujer es la cantidad de trabajo de parentesco que hace.

En este sentido, una parte importante de la vida de las mujeres seropositivas (y no sólo las seropositivas, pero en este caso estoy hablando de ellas) tiene lugar dentro del ámbito del parentesco; esto es, una proporción importante de su fuerza de trabajo y de su tiempo se emplea en el trabajo de parentesco. Para hablar en claro, las mujeres seropositivas utilizan la mayor parte de sus días en el trabajo de parentesco: el trabajo doméstico o de limpieza y cocina (un sin fin de actividades), el cuidado de los enfermos (y no sólo los hijos o el esposo seropositivo, sino los hijos seronegativos con gripa, los hermanos con diabetes, las hermanas con lupus, las mamás ancianas con problemas cardiacos –estos son casos tomados de las familias de las informantes–), el apoyo emocional prestado a diversos parientes, así como la organización de los rituales del parentesco. Creo que la principal motivación para realizar este trabajo de manera tan intensiva, y hablar de ello muy frecuentemente, es el deseo de

evitar la exclusión social derivada de las reglas de evitación que se aplican por la contaminación simbólica que implica el vivir con VIH/SIDA.

La manera en que las mujeres mexicanas seropositivas superan la contaminación simbólica (esta clasificación como enfermas, esta representación del cuerpo como teñida con la muerte y, por lo tanto, la huida de otros frente a su cuerpo y su persona) se da al reafirmar su existencia social y su calidad de mujeres (dentro de las normas hegemónicas de género) en cuanto realizadoras de una gran cantidad de trabajo de parentesco. Utilizan las herramientas simbólicas que tienen a la mano para combatir la exclusión social. La principal herramienta simbólica que ejercen es la representación de las mujeres como “buenas” si hacen trabajo de parentesco, que además es una práctica que consolida la inclusión social (ya que los parientes las necesitan en cuanto necesitan su fuerza de trabajo). Se logra esta ratificación de la existencia social a través del sometimiento a las normas de género. Las mujeres seropositivas utilizan discursos (que incluyen lo verbal y las prácticas) de normalización (en cuanto a estas normas de género) para construirse como sujetos –personas y cuerpos– con existencia social, para evitar la exclusión social.

Las narrativas de normalización de las que hablo son la realización en la práctica de una gran cantidad de trabajo de parentesco, así como el representarse como ama de casa y madre abnegada que le da prioridad a “los quehaceres”, “la casa” y en especial “los hijos”.<sup>11</sup> Esta representación, a través de las prácticas y los discursos hablados, es, según mi punto de vista, un esfuerzo por evitar la muerte social en tanto mujeres y madres, dada la pérdida de la pureza y la calidad de mujeres que opera por la contaminación simbólica del VIH/SIDA. La herramienta usada, el trabajo de parentesco, es útil para combatir esta contaminación porque constituye el elemento

---

<sup>11</sup> El que las mujeres seropositivas realicen el trabajo de parentesco para evitar la exclusión social que las amenaza a causa de la contaminación simbólica del VIH/SIDA, no implica que los hombres no experimenten una contaminación simbólica por vivir con VIH. Lo que sucede es que tanto el sentido de la contaminación, así como la manera de combatirla difieren, precisamente, por cuestiones de género. La enfermedad específica bajo estudio conlleva una contaminación, en términos simbólicos, que opera de manera distinta dependiendo del género y la orientación sexual que se trate. Así, la contaminación que opera con la experiencia social del VIH/SIDA es diferente para una mujer heterosexual que para un hombre homosexual, o para un hombre heterosexual, o para una mujer transgénero, entre otras especificidades.

central de la construcción social de las mujeres mexicanas; es decir, es lo esencial de ser una mujer en México (entre otros lugares).

Un ejemplo de esta construcción narrativa de normalización para combatir la contaminación simbólica y la amenaza de la muerte social, es el que las mujeres seropositivas que llegan tarde a una sesión del grupo de auto apoyo o a una cita médica, invariablemente dicen que fue porque estaban haciendo algún tipo de trabajo de parentesco, como preparar el desayuno, limpiar la casa, llevar a los niños a la escuela o ir al mercado. Ofrecen estas justificaciones aun si nadie les pregunta por qué llegan tarde. Asimismo, cuando piden una cita médica en un cierto horario, siempre dan razones como el tener que recoger a los hijos o preparar la comida, y nunca motivos relacionados con el trabajo remunerado (aunque lo tengan). De hecho, cuando yo empezaba a conocer a las informantes y les preguntaba “en qué trabajaban” todas decían que eran amas de casa, aunque durante los próximos meses me di cuenta de que todas tenían algún empleo remunerado, y no siempre de tipo informal (*Apuntes de campo*).

Las mujeres seropositivas aceptan la disciplina que se les ejerce a través de la asignación de la contaminación simbólica, a tal punto que ellas mismas la ejercen como autodisciplina. Existe esta aceptación en parte porque la disciplina, al normalizarlas, las constituye como sujetos, les permite una existencia social. Es decir, ellas mismas buscan la normalización —el sometimiento a las normas de género, la subyugación a las disciplinas del parentesco— porque les permite existir en sociedad como personas, les aporta herramientas para construir y mantener su existencia social (y así prevenir la muerte social) (Foucault 1991a). Las mujeres seropositivas que fueron informantes en este estudio aceptan y buscan cumplir con las tecnologías del poder que las constituyen como madres, como mujeres puras en cuanto buenas trabajadoras del parentesco.

Así, por ejemplo, Laura acompaña a varios de sus familiares cuando acuden al hospital para cualquier cita o tratamiento, y también limpia la casa, hace las compras y prepara la comida para su madre anciana y su hija, además de ayudar a la segunda con sus tareas escolares. Laura vive en una casa de la cual es dueño su hermano; ella vive en el piso de abajo con su madre e hija y el hermano vive en el piso de arriba (*Apuntes de campo*). Laura

hace la lavandería de su hermano diciendo, “él no me dice que la haga, pero deja su ropa en mi canasta de ropa sucia, no en la de mi mamá. ¿Qué voy a hacer? La lavo. Él me dice, ‘no la tienes que lavar’, pero ¿qué voy a hacer?” (*Grupo focal en el hospital*).

Cuando le pregunté por qué vivía en esa casa y hacía los quehaceres de su hermano, especialmente dado que Laura es dueña de un departamento (que renta para tener un ingreso), dijo que no podía dejar a su madre sin una cuidadora, “porque entonces, ¿quién sería yo? Yo no soy así, no voy a hacer eso.” Este discurso, y en especial la frase “¿quién sería yo?” implica, creo yo, que por un lado ella no existiría socialmente sin su familia y, por el otro, ella no quiere ser el tipo de persona que abandona a su familia, porque eso implicaría no tener existencia social, es decir, la muerte social (*Apuntes de campo*).

Por su parte, Jackie resalta el trabajo de parentesco que hace (construye un discurso que enfatiza su existencia social en cuanto madre) cuando se compara con otras madres, al reconocer que ella hace mucho trabajo relacionado con mantener la salud de su hija seropositiva, al decir:

[...] y luego, por ejemplo, ¿no van los niños a la escuela y los bien sanos y todo, todos sucios? Y veo mamás que son bien fodongas, bien desobligadas con sus hijos y digo, bueno, yo me esmero tanto en mi hija. O sea, para mí es todo. Es lo principal y por qué, ¿no? Entonces es así... aguanto mucho, ¿no? Puedo estar muchos días con desvelos. Cuando la niña estaba internada, me estaba ahí semanas sin dormir, sin comer, bien... Porque a los cuatro meses... estuvo en terapia intensiva y... a los ocho [meses], ¿no? la pasamos, me la pasé con ella en el hospital. Salió de ahí, como a los tres meses regresamos otra vez... Y siempre estoy con eso, ¿no? (*Entrevista individual*)

Citlali y Hortensia tienen los recursos económicos para contratar trabajadoras domésticas, pero además de supervisar el trabajo que hacen éstas, compran y preparan la comida todos los días, lavan la ropa en la lavadora y la cuelgan para que se seque, así como otros tipos de trabajo doméstico supuestamente más ligeros. Asimismo, realizan la organización de todos los rituales que mantienen los lazos de parentesco, como las comidas de fin de año, recordar los cumpleaños, preparar las fiestas de diversos tipos. Cuando pasé un día entero en la casa de Hortensia, no pudimos sentarnos para

grabar una entrevista porque ella no paró de trabajar en toda la jornada. Por su parte, cuando su hija cumplió 15 años, Modesta le organizó una fiesta; como sentía que no tenía los recursos financieros para cubrir los gastos de la fiesta (es una trabajadora doméstica), en un principio pensó en no hacerla, pero finalmente sí la organizó, lo cual implicó decorar el patio de la casa, conseguir un equipo de música y preparar comida para 50 personas, entre otras cosas (*Apuntes de campo*).

Mónica señala lo central que es el trabajo de parentesco en cuanto a la calidad de mujer con una narrativa sobre cómo le enseña a su hija a hacer este tipo de trabajo en relación con sus propios hijos:

Ya ves que mi hija, con mi hija, porque me ha costado mucho trabajo. Porque está muy chica y ya siendo madre y tantito con ella, porque, pues no trae ordenadita así a la niña. Yo veo que a veces la trae mugrosita, como que ella no es, no le gusta ser así, aseadita con su hija, con ella, en su casa. No sé, la veo mal, mal. Pero de alguna manera yo la dejo, ¿no? Me preocupa, sí me preocupa. Pero se lo digo y le digo, “no hay de otra mamacita. Tú quisiste experimentarlo, experimentaste. Viste que de ahí salió un bebe y ahora eres madre muy joven y ni modo. Tienes que entrarle porque el hombre te está respondiendo como hombre, porque él se va a trabajar, te está comprando tus muebles. Entonces tú como mujer tienes que responderle con tenerle limpia su casa, tenerle su ropa de él limpia, la de la niña, traerla limpiecita. Si tú no te quieres bañar, no quieres lavar tu ropa, no la laves. Pero la de ellos sí.” (*Grupo focal en el hospital*)

Al hablar de cómo se debe de comportar su hija “como mujer”, Mónica menciona solamente aspectos del trabajo de parentesco, y no del amor ni la sexualidad. Esto indica, creo, el papel tan central que juega esta práctica (el trabajo de parentesco) en el ser mujer, según su concepción.

### *Conclusiones al estudio etnográfico*

En este apartado he intentado mostrar que se puede abrir un debate teórico respecto a las relaciones que existen entre los contenidos culturales del parentesco, la valoración diferencial de los sexos y la experiencia social y simbólica de una enfermedad (Héritier, 1996; Godelier, 1992). El texto ubica al género como un principio fundamental de la organización social

y simbólica (Thurén, 2000; Héritier, 1996; Ortner, 1996). Me baso en los datos etnográficos presentados para concluir que entre las mujeres mexicanas seropositivas la organización del tiempo y el espacio, de las prácticas y los discursos, obedece, en gran medida, a la valoración diferencial de los sexos. También se observa cómo la experiencia social y simbólica de una enfermedad está ligada al sistema de parentesco imperante y las diferentes posiciones relacionales que ocupan los géneros en este ámbito. Parte de lo que he intentado mostrar en esta sección es cómo las relaciones de parentesco y las representaciones implicadas en el sistema de género *constituyen* a las mujeres en tanto entes sociales.

El concepto que emergió del contrapunteo de la teoría con los datos en el estudio etnográfico, y que sirvió como columna vertebral que articulara las diferentes corrientes temáticas que existían dentro de las secciones del corpus etnográfico que se incluyeron en el presente análisis (principalmente, cuestiones de género y de parentesco, conjuntos que implícitamente involucran desigualdades simbólicas –de valoración– y políticas –posicionales o relacionales–) fue el trabajo de parentesco. La conclusión que proporciona la aplicación del concepto de trabajo de parentesco al análisis de los datos sobre el trabajo de parentesco realizado por las mujeres seropositivas, es que este trabajo produce y mantiene lazos de parentesco (aun si no conlleva el control o el poder sobre tales lazos, sí contribuye de manera fundamental a su existencia). Además, produce la persona genérica; en este caso, construye a la mujer en términos simbólicos. Es precisamente por esto último que el estado somático –el vivir con VIH/SIDA– no modifica quién hace el trabajo doméstico (y sólo afecta nominalmente la cantidad de trabajo que hace esa persona): porque dejar de hacer trabajo doméstico, o específicamente trabajo de parentesco, implicaría la disolución o al menos el debilitamiento simbólico de la persona genérica, de la persona en cuanto mujer tal y cómo se le define dentro del sistema simbólico mexicano.

Diversos antropólogos afirman que la subordinación de las mujeres surge de la intención social de controlar su capacidad reproductiva (Héritier, 1996; Ortner, 1996; Gutiérrez Aguilar, 1999). Lo que indican los hallazgos de mi estudio etnográfico es que no sólo se trata de controlar la reproducción biológica, sino también la reproducción social. Para que la sociedad

se pueda perpetuar tal cual es, debe garantizarse la reproducción biológica y también la inversión de la fuerza de trabajo necesaria para la reproducción social. Para asegurar su reproducción, la sociedad debe controlar a las personas que la reproducen, tanto biológica como socialmente, y estas personas (usualmente) son las mujeres. Por lo tanto, las mujeres (en este caso, las seropositivas) deben de aceptar (y hasta desear) la inversión de su fuerza de trabajo en la reproducción de la sociedad, realizada en el ámbito del parentesco, ya que si rechazaran hacerlo, no se les considerarían mujeres, se les excluiría de esa identidad (Bourdieu, 2000; Foucault, 1977 y 1991a). En el caso de las mujeres seropositivas, se intenta controlarlas en cuanto a su participación en la reproducción biológica (en general, se les prohíbe, aunque en el presente texto no se discutieron datos al respecto) y el trabajo de reproducción social que hacen (para lograr que lo sigan haciendo).

Las mujeres seropositivas se subordinan a las normas de género e invierten su fuerza de trabajo en la reproducción de sus redes de parentesco, pero a la vez ellas disponen de su fuerza de trabajo (de parentesco) y la esgrimen en términos simbólicos para sus propios fines: combatir la exclusión social. En este aspecto, las mujeres seropositivas ejercen el único poder posible de las mujeres: el control sobre su fuerza de trabajo y el uso de tácticas poco eficientes de resistencia, como la abstención y la obstrucción (Héritier, 1996:292). El hecho de que las mujeres seropositivas apenas logren disponer de sí mismas, de sus cuerpos, sus personas y su fuerza de trabajo, indica el poco poder que tienen, dada su situación subalterna, como mujeres y personas que viven con VIH/SIDA.

## CONCLUSIONES GENERALES

En este texto plasmé los hallazgos de un estudio cuali-cuantitativo de tipo exploratorio y otro etnográfico que buscaba lograr mayor densidad y profundidad en los hallazgos e interpretaciones sobre las experiencias de las mujeres mexicanas que viven con VIH/SIDA. A lo largo del capítulo creo que logré explorar algunas cuestiones de género, parentesco y poder en el contexto de la seropositividad femenina. Cabe observar que los hallazgos

no corresponden a la experiencia de *todas* las mexicanas seropositivas, dado que ni siquiera se trata de una muestra representativa, sino solamente un grupo relativamente pequeño de ellas (lo cual se debió a las técnicas cualitativas utilizadas). Sin embargo, creo que las estrategias metodológicas empleadas fueron las más pertinentes, dado que me interesaba lograr una mejor comprensión de ciertas cuestiones relacionadas a la desigualdad entre los géneros y la valoración diferencial de los sexos, específicamente en cuanto a su intersección con la experiencia del VIH/SIDA. En general, busqué mostrar cómo el género es uno de los determinantes centrales de esta experiencia. Plantee que la construcción social y simbólica del género, por un lado, y los contenidos culturales del parentesco, por el otro, le dan forma a los procesos involucrados en la experiencia de vivir con el VIH/SIDA de este grupo de mujeres mexicanas. Observé que la construcción social del género y, específicamente, la valoración diferencial de los sexos y las relaciones de fuerzas que se elaboran con base en el sistema simbólico del género, determina en gran medida la experiencia de la enfermedad.

Creo haber confirmado que el parentesco constituye un *locus* de la subordinación femenina también en el caso de las mujeres seropositivas; como otras autoras han afirmado, esto se debe a la valoración diferencial de los sexos (en lo simbólico) y las posiciones relacionales desiguales de los géneros en este ámbito (entre otros, y esta es la parte social y política, en cuanto lo personal es político) (Héritier 1996, Córdova Plaza 2003, D'Aubeterre 2002). La subordinación de las mujeres en el ámbito del parentesco tiene por resultado concreto el que el estado somático (recibir un diagnóstico de seropositividad y, por lo tanto, saber que uno vive con VIH/SIDA) no modifica significativamente la cantidad de trabajo doméstico que hacen las mujeres seropositivas ni (generalmente) el género de la persona que lo hace. Un aspecto de la subordinación femenina que observé en este estudio es la lucha por controlar el cuerpo y la persona de las mujeres seropositivas, por detentar el poder de disponer de sí mismas en lo físico, lo social y en el imaginario. Además, comprendí (y espero haber comunicado y convenido) que las prácticas de las mujeres seropositivas -entre otras- dentro del ámbito del parentesco producen un valor de uso y, por lo tanto, constituyen trabajo. Específicamente, en conjunto estas prácticas constituyen el trabajo

de parentesco, que sirve para generar una parte de la reproducción social y para mantener los lazos de parentesco. El trabajo de parentesco que hacen las mujeres seropositivas es similar al de otras mujeres, aunque posiblemente, al menos durante ciertos periodos, es más intensivo y demandante, entre otras cosas porque incluye más trabajo de cuidar enfermos. Además, mantengo que se utiliza este trabajo de manera discursiva (en cuanto a su aspecto simbólico) para fines específicos a la vivencia con VIH. En el contexto de la seropositividad, el trabajo de parentesco se utiliza para defender a la persona de la contaminación simbólica que implica la infección por VIH, para devolver el orden a un ámbito desordenado por la ambigüedad de una enfermedad sexualmente transmisible que es, además, crónica, progresiva y mortal (Douglas, 1973).

Con base en los dos estudios presentados aquí, concluyo que el género lo impregna todo, y con ello la valoración y el poder diferenciales, lo que determina en gran medida los significados y las prácticas que constituyen la experiencia del VIH/SIDA. La vida de las mujeres y los hombres, que incluye a las mujeres mexicanas seropositivas, se construye a partir de un cuerpo y una persona sexuados, y gran parte de esta construcción tiene lugar dentro del ámbito del parentesco. Finalmente, la interacción social cotidiana, la creación y mantenimiento de los lazos de parentesco, la reproducción biológica y social, la salud y la enfermedad, la vida y la muerte se experimentan y se construyen a través de una persona y un cuerpo que son incomprensibles hasta el punto de la inexistencia social y simbólica sin su clasificación genérica.

### **Agradecimientos**

El estudio exploratorio sobre mujeres que viven con VIH/SIDA en tres ciudades de México fue gestionado y financiado por la oficina regional de UNIFEM para México, Centroamérica, Cuba y la República Dominicana, y estoy muy agradecida a esa institución por haberme brindado la oportunidad de colaborar en ese proyecto. Tal estudio lo desarrollaron los miembros de varias organizaciones no gubernamentales con trayectorias en la lucha contra el VIH/SIDA y aprendí mucho al trabajar con todos ellos (además de lo cual, hubiera sido imposible realizar esa investigación sin su colaboración).

El estudio etnográfico recibió un financiamiento del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) del Colegio de México dentro de su programa de apoyo para tesis realizadas desde una perspectiva de género. Sobre todo, la investigación etnográfica fue posible gracias al apoyo constante y generoso que recibí por parte del Instituto Nacional de Salud Pública para la realización de la maestría y el doctorado en la UAM-Iztapalapa, y específicamente el respaldo y aliento que me brindaron mis colegas y amigos: el Dr. Mauricio Hernández Ávila, el Dr. Eduardo Lazcano Ponce y el Dr. Bernardo Hernández Prado.

A nivel personal e intelectual, la investigación, el análisis y la escritura realizados en el transcurso de estos estudios no hubieran sido posibles ni teniendo sentido sin el apoyo y la presencia constantes de Nanuc.

## BIBLIOGRAFÍA

- Allen, Betania (2006). Una etnografía de la experiencia sexuada de vivir con VIH/SIDA: Prácticas y representaciones de las mujeres mexicanas seropositivas en los campos del parentesco y la atención médica. Tesis doctoral, Doctorado en Ciencias Antropológicas, UAM-Iztapalapa, disertación pública en diciembre 2006.
- Ainsworth, Martha y Lieve Fransen, Mead Over (eds.). (1998). *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*. Bruselas: European Commission.
- Apostolopoulos, Y., Sonmez, S., Kronenfeld, J., Castillo, E., McLendon, L. y Smith, D. (2006). STI/HIV Risks for Mexican Migrant Laborers: Exploratory Ethnographies. En: *Journal of Immigrant and Minority Health* (vol. 8, núm. 3: pp. 291-302).
- Amaro, Hortensia (1995). Love, Sex, and Power. Considering Women's Realities in HIV Prevention. En: *American Psychologist* (vol. 50, núm. 6, pp. 437-447).
- Bennet, L., Rose, D., Jackson, A. y Thomas, S. (1998). Psychological and Socio-Medical Aspects of HIV/AIDS: A Reflection on Publications in *AIDS Care* (1989-1995). En: *AIDS Care* (vol. 10, núm. 1).
- Bergschmidt, Viktoria B. (2004). Pleasure, Power and Dangerous Substances: Applying Foucault to the Study of 'Heroin Dependence' in Germany. En: *Anthropology & Medicine* (vol. 11, núm. 1: 59-73).

- Bernard, H. Russell (2002). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Walnut Creek, CA, Alta Mira Press.
- Bestard, Joan (1998). *Parentesco y modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Bevier, P. J., Chiasson, M.A., Heffernan, R.T., Castro, K. G. (1995). "Women at a Sexually Transmitted Disease Clinic who Reported Same-Sex Contact: their HIV Seroprevalence and Risk Behaviors. En: *Am J Public Health* (vol. 85, núm. 10, pp. 1366-71).
- Bockting, W. O., Rosser, B. R., Scheltema K. (1999). Transgender HIV Prevention: Implementation and Evaluation of a Workshop. En: *Health Education Research* (vol. 14, núm. 2, pp. 177-83).
- Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- \_\_\_\_\_ (1990). *The Logic of Practice*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- \_\_\_\_\_ (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Box, Tamara L., Olsen, Maren, Oddone, Eugene Z. y Keitz, Sheri A. (2003). Healthcare Access and Utilization by Patients Infected with Human Immunodeficiency Virus: Does Gender Matter? En: *Journal of Women's Health* (vol. 12, núm. 4: pp. 391-7).
- Campero, Lourdes, Herrera, Cristina, Kendall, Tamil y Caballero, Marta (2007). Bridging the Gap between Antiretroviral Access and Adherence in Mexico. En: *Qualitative Health Research* (vol. 17, núm. 5, pp. 599-611).
- Córdova Plaza, Rosío (2002). "Y en medio de nosotros mi madre como un Dios": de suegras y nueras en una comunidad rural veracruzana. En: *Alteridades* (vol. 12, núm. 24, pp. 41-50).
- \_\_\_\_\_ (2003). *Los peligros del cuerpo: género y sexualidad en el centro de Veracruz*. Puebla/México, DF/Barcelona: Universidad Autónoma de Puebla/Plaza y Valdés Editores.
- D'Aubeterre Buznego, María Eugenia (2002). Género, parentesco y redes migratorias femeninas. *Alteridades* (año 12, núm. 24, pp. 51-60).
- De Certeau, Michel (1996). *La invención de lo cotidiano. 1 Artes de hacer*. México, DF: Universidad Iberoamericana.
- Del Río, Carlos y Pedro Cahn (1999). Terapéutica antirretroviral y de padecimientos asociados al VIH/SIDA. Aspectos generales e implicaciones para América Latina y el Caribe. En: José Antonio Izazola Licea (ed.). *El SIDA*

- en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. México: FUN-SALUD.
- Del Río, Carlos y Jaime Sepúlveda (2002). AIDS in Mexico: Lessons Learned and Implications for Developing Countries. *AIDS* (vol. 16, no. 11, pp. 1445-1457).
- Di Leonardo, Micaela (1984). *The varieties of ethnic experience: Kinship, class and gender among Californian Italian-Americans*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press.
- \_\_\_\_\_ (1987). Female World of Cards and Holidays: Women, Families and the Work of Kinship. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (vol. 12, núm. 3, pp. 440-53).
- Douglas, Mary (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. México, DF: Siglo XXI.
- Eco, Umberto (1976). *A Theory of Semiotics*. Bloomington: Indiana University Press.
- Feldman, Roberta M. y Stall, Susan (2004). *The Dignity of Resistance: Women Residents' Activism in Chicago Public Housing*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Fishman, S. J. y Anderson, E. H. (2003). Perception of HIV and Safer Sexual Behaviors among Lesbians. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* (14(6), pp. 48-55).
- Foucault, Michel (1977). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad del saber*. México DF: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1991a). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (1991b). *La microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- \_\_\_\_\_ (1993). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. México, DF: Siglo XXI.
- García Calleja, Jesús M.; Walker, Neff; Cuchi, Paloma; Lazzari, Stefano; Ghys, Peter D.; y Zacarías, Fernando (2002). Status of the HIV/AIDS Epidemic and Methods to Monitor it in the Latin American and Caribbean Region. *AIDS* (vol. 16, núm. supl. 3, pp. S3-S12).
- Gebo, K.A., Fleishman, J. A., Conviser, R., Reilly, E. D., Korthuis, P.T., Moore, R. D., Hellinger, J., Keiser, P., Rubin, H. R., Crane, L., Hellinger, F. J., Mathews C. W. y la HIV Research Network (2005). Racial and Gender Disparities in Receipt of Highly Active Antiretroviral Therapy Persist in a Multistate Sample of HIV Patients in 2001. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* (vol. 38, núm. 1, pp. 96-103).

- Geertz, Clifford (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. Nueva York: Basic Books.
- Giménez, Gilberto (1999). La sociología de Pierre Bourdieu. En: Gilberto Jiménez (coord.). *Antología de teoría sociológica contemporánea. Perspectivas teóricas contemporáneas de las Ciencias Sociales* (151-171). México: DF: FCPYS-UNAM.
- Godelier, Maurice (1992). Corps, parenté, pouvoir(s) chez les Baruya de Nouvelle-Guinée. *Journal de la Société des Océanistes* (núm. 94, pp. 5-24).
- Goggin, Kathy; Catley, Delwyn; Brisco, Susie T.; Engelson, Ellen S.; Rabkin, Judith G.; Kotler, Donald P. A Female Perspective on Living with HIV Disease. *Health & Social Work* (vol. 26, núm. 2, pp. 80-89).
- Gutiérrez Aguilar, Raquel (1999). *Desandar el laberinto: Introspección en la feminidad contemporánea*. La Paz, Bolivia: Muela del Diablo Editores.
- Hammersley, Martyn y Atkinson, Paul (1994). *Etnografía: Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Harrison, Abigail; O'Sullivan, Lucia F., Hoffman, Susie; Dolezal, Curtis y Morrell, Robert (2006). Gender Role and Relationship Norms among Young Adults in South Africa: Measuring the Context of Masculinity and HIV Risk. *Journal of Urban Health* (vol. 83, núm. 4, pp. 709-22).
- Héritier, Françoise (1999). *Two Sisters and Their Mother: The Anthropology of Incest*. Nueva York: Zone Books.
- \_\_\_\_\_ (1996). *Masculino/femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Herrera, Cristina y Campero, Lourdes (2002). "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema." *Salud Pública de México* (vol. 44, núm. 6, pp. 554-564).
- \_\_\_\_\_; Campero, Lourdes; Caballero, Marta y Kendall, Tamil (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Saúde Pública* (vol. 42, núm. 2, pp. 249-55).
- Hirschhorn, Lisa R.; McInnes, Keith; Landon, Bruce E.; Wilson, Ira B.; Ding, Lin; Marsden, Peter V.; Malitz, Faye y Cleary, Paul D. (2006). Gender Differences in Quality of HIV Care in Ryan White CARE Act-funded Clinics. *Women's Health Issues* (vol. 16, núm. 3, pp. 104-12).

- Kalipeni, Ezekiel; Oppong, Joseph y Zerai, Assata (2007). HIV/AIDS, gender, agency and empowerment issues in Africa. En: *Social Science and Medicine* (vol. 64, núm. 5, pp. 1015-8).
- Kendall, Tamil; Herrera, Cristina; Caballero, Marta y Campero, Lourdes (2007). HIV Prevention and Men who Have Sex with Women and Men in México: Findings from a Qualitative Study with HIV-positive Men. En: *Culture, Health and Sexuality* (vol. 9, núm. 5, pp. 459-72).
- Kendall, Tamil (2006). Mujeres y VIH/SIDA: Una introducción a la vulnerabilidad femenina ante el virus. En: C. Magis Rodríguez, H. Barrientos Bárcenas, S. Bertozzi Kenefick (eds.). *SIDA: Aspectos de Salud Pública*. Cuernavaca/México DF: INSP/Censida (145-154).
- Kendall, Tamil e Pérez Vázquez, Hilda (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas: necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*. México, DF: Colectivo Sol.
- Meléndez, R. M., Pinto, R. (2007). 'It's Really a Hard Life': Love, Gender and HIV Risk among Male-to-female Transgender Persons. En: *Culture, Health and Sexuality* (2007; 9 [3]:233-45).
- Lamas, Marta (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". En: Marta Lamas (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (327-366). México, DF: PUEG/Porrúa..
- Lambert, Helen y McKevitt, Christopher (2002). "Anthropology in Health Research: from Qualitative Methods to Multidisciplinary". En: *British Medical Journal* (vol. 325, pp. 210-213).
- Lamphere, Louise; Zavella, Patricia; González, Felipe; Evans, Peter B. (1993). *Sunbelt Working Mothers: Reconciling Family and Factory*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press.
- Lamprey, Peter R. (2002). Reducing Heterosexual Transmission of HIV in Poor Countries. En: *British Medical Journal* (vol. 324, pp. 207-11).
- Langen, Tabitha T. (2005). Gender Power Imbalance on Women's Capacity to Negotiate Self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. En: *African Health Sciences* (vol. 5, núm. 3, pp. 188-97).
- Lévi-Strauss, Claude (1965). *El totemismo en la actualidad*. México, DF: Fondo de cultura económica.
- \_\_\_\_\_ (1987a). *Antropología estructural*. Buenos Aires: Paidós.

- Lévi-Strauss, Claude (1987b). *Introduction to the Work of Marcel Mauss*. Londres: Taylor & Francis.
- Logan, T. K.; Cole, Jennifer y Leukefeld, Carl (2002). Women, Sex and HIV: Social and Contextual Factors, Meta-Analysis of Published Interventions, and Implications for Practice and Research. En: *Psychological Bulletin* (vol. 128, núm 6, pp. 851-885).
- Lomnitz, Larisa y Pérez-Lizaur, Marisol (1979). Kinship Structure and the Role of Women in the Urban Upper Class of Mexico. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (vol. 5, núm. 1, pp. 164-168).
- Magis-Rodríguez, C.; Gayet, C.; Negroni, M.; Leyva, R.; E.; Uribe, P. y Bronfman, M. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an Overview Based on Recent Evidence. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome* (vol. 37, suplemento 4, pp. S215-26).
- Magis Rodríguez, Carlos; Bravo García, Enrique y Rivera Reyes, Pilar (2000). El SIDA en México en el año 2000. En: Patricia Uribe y Carlos Magis (eds). *La respuesta mexicana al SIDA: Mejores prácticas*. México, DF: Secretaría de Salud/Conasida.
- Magis Rodríguez, Carlos; Bravo García, E.; Anaya López, L. y Uribe Zúñiga, P. (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1998. En: *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*.
- Marcus, George E. y Michael M. J. Fischer (1986). *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Martínez-Donate, A.P., Rangel, M.G.; Hovell, M.F.; Santibáñez, J.; Sipán, C. L.; Izazola, J. A. (2005). HIV Infection in Mobile Populations: the Case of Mexican Migrants to the United States. En: *Revista Panamericana de Salud Pública* (vol. 17, núm. 1, pp. 26-9).
- Mays, Nicholas y Pope, Catherine (1995). Observational Methods in Health Care Settings. En: *British Medical Journal* (vol. 311, pp. 182-184).
- Mays, Nicholas y Pope, Catherine (2000). Qualitative Research in Health Care: Assessing Quality in Qualitative Research. En: *British Medical Journal* (vol. 320, pp. 50-52).
- Moliner, María (1997). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.

- Moreno, Claudia L. (2007). The Relationship Between Culture, Gender, Structural Factors, Abuse, Trauma and HIV/AIDS for Latinas. En: *Qualitative Health Research* (vol. 17, núm. 3, pp. 340-52).
- Morse, Janice M. y Richards, Lyn (2002). *Readme First for a User's Guide to Qualitative Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Neff, James Alan y Amodei, Nancy, Valescu, Smaranda, Pomeroy, Elizabeth C. (2003). Psychological Adaptation and Distress Among HIV+ Latina Women: Adaptation to HIV in a Mexican American Cultural Context. *Social Work in Health Care* (vol. 37, núm. 3, 55-73)
- Noriega Minichiello, Shanthi; Magis, Carlos; Uribe, Patricia; Anaya, Luis y Bertozzi, Stefano (2002). The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986-2001. *AIDS* (vol. 16, no. suppl. 3, pp. S13-S17).
- Okong, Pius (2006). HIV/AIDS and Women's Health in Uganda: Lingering Gender Inequity. En: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada/Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada* (vol. 28, núm. 11, pp. 980-2).
- ONUSIDA (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*. Ginebra, ONUSIDA.
- ONUSIDA, UNIFEM, UNFPA (2004). *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. Nueva York: UNFPA.
- Ortner, Sherry B. (1999). Thick Resistance: Death and the Cultural Construction of Agency in Himalayan Mountaineering. En: Sherry B. Ortner (ed.). *The Fate of "Culture": Geertz and Beyond*. Berkeley/Los Angeles, University of California Press.
- Ortner, Sherry (1996). *Making Gender: The Politics and Erotics of Culture*. Boston: Beacon Press.
- Pérez Vázquez, Hilda; Taracena, Rosario; Magis, Carlos; Gayet, Cecilia; Kendall, Tamil (2004). *Mujeres que viven con VIH/SIDA: Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención*. México, DF: Colección Ángulos del SIDA.
- Perry, Linda A. M., Turner, Lynn H.; y Sterk, Helen M. (1992). *Constructing and Reconstructing Gender: The Links among Communication, Language and Gender*. Albany: SUNY.
- Pierret, Janine (2000). Everyday Life with AIDS/HIV: Surveys in the Social Sciences. *Social Science & Medicine* (vol. 50, pp. 1589-1598).
- Pope, Catherine; Ziebland, Sue; Mays, Nicholas (2000). Qualitative Research in Health Care: Analysing Qualitative Data. En: *British Medical Journal* (vol. 320, pp. 114-116).

- Rangel, M.G.; Martínez-Donate, A. P.; Hovell, M. F.; Santibáñez, J.; C. L.; Sipán y Izazola-Licea, J. A. (2006). Prevalence of Risk Factors for HIV Infection among Mexican Migrants and Immigrants: Probability Survey in the North Border of Mexico. *Salud Pública de México* (vol. 48, núm. 1, pp. 3-12).
- Rao Gupta, Geeta. (2002). How Men's Power over Women Fuels the HIV Epidemic. En: *British Medical Journal* (vol. 324, pp. 183-4).
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rico, Blanca, Bronfman, Mario y Del Río Chiriboga, Carlos (1995). Las campañas contra el SIDA en México: ¿los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas? *Salud Publica de México* (vol. 37, núm. 6, pp. 643-653).
- Robles Silva, Leticia (2002). *Del amor al trabajo. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: CIESAS/UdeG. Tesis doctoral.
- Rodríguez, Teresa (2005). Presentación sobre mujeres y VIH/SIDA. *Reunión sobre mujeres y vulnerabilidad a VIH/SIDA en UNIFEM/ONU*. México, DF, 23 de mayo.
- Rodríguez, Gabriela y De Keijzer, Benno (2002). *La noche se hizo para los hombres: sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*. México: Libros Para Todos-EDAMEX/Population Council.
- Sánchez, Lemp, G. F.; Magis-Rodríguez, C.; Bravo-García, E.; Carter, S. y Ruiz J. D. (2004). The Epidemiology of HIV among Mexican Migrants and recent immigrants in California and Mexico." *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome* (vol. 37, suplemento 4, pp. S204-14).
- Savage, Jan (2000). Ethnography and Health Care. En: *British Medical Journal* (vol. 321, pp. 1400-2).
- Shah R., y Bradbeer, C. (2000). Women and HIV Revisited Ten Years on. En: *International Journal of STD/AIDS* (11(5):277-83).
- Shapiro, M. F.; Morton, S. C.; McCaffrey, D. F.; Senterfitt, J. W.; Fleishman, J. A.; Perlman, J. F.; Athey, L. A.; Keeseey, J. W.; Goldman, D. P.; Berry, S. H. y Bozzette, S. A. (1999). Variations in the Care of HIV-infected Adults in the United States: Results from the HIV Cost and Services Utilization Study. En: *Journal of the American Medical Association* (junio 23-30, vol. 281, núm. 24, pp. 2305-15).
- Sinke, Suzanne M. (2002). *Dutch Immigrant Women in the United States 1880-1920*. Champaign-Urbana: University of Illinois.

- Thurén, Britt-Marie (2000). Out of the House-to do What? En: Victoria A. Goddard (ed.). *Gender, Agency and Change: Anthropological Perspectives*. Nueva York: Routledge.
- UNAIDS (1998). *Gender and HIV/AIDS: UNAIDS Technical Update (UNAIDS Best Practice Collection: Technical Update)*. Ginebra: ONUSIDA/UNAIDS.
- UNAIDS (2000). Women and HIV/AIDS. Fact Sheet No. 242. Ginebra: ONUSIDA/UNAIDS.
- UNAIDS (2001). Gender and HIV/AIDS Fact Sheet. Global Crisis-Global Action. United Nations Special Session on HIV/AIDS, 25-27 junio 2001, Nueva York. Ginebra: ONUSIDA/UNAIDS.
- UNAIDS/WHO (2002). *Resumen mundial de la epidemia del VIH/SIDA: diciembre de 2002*. Ginebra: ONUSIDA/UNAIDS-OMS/WHO.
- Uribe Zúñiga, Patricia; Magis Rodríguez, Carlos; Bravo García, Enrique (1998). AIDS in Mexico. En: *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, noviembre. <http://www.thebody.com/iapac/mexico/mexico>
- Varela-Ramirez, A.; Mejía, A.; García, D.; Bader J.; y Aguilera, R. J. (2005). HIV Infection and Risk Behavior of Hispanic Farm Workers at the West Texas-Mexico border. En: *Ethnicity and Disease* (vol. 15, núm. 4, suplemento 5: pp. S5-92-6).
- Voisin, Dexter R. (2005). The Relationship between Violence Exposure and HIV Sexual Risk Behavior: does Gender Matter? En: *American Journal of Orthopsychiatry* (vol. 75, núm. 4, pp. 497-506).
- White, J. C. (1997). HIV Risk Assessment and Prevention in Lesbians and Women who Have Sex with Women: Practical Information for Clinicians. En: *Health Care for Women International* (18(2):127-38).
- Yanagisako, Sylvia Junko (1977). Women-Centered Kin Networks. Urban, Bilateral Kinship. En: *American Ethnologist* (vol. 4, núm. 2, pp. 207-226).

# APROXIMACIONES METODOLÓGICAS A LAS PERCEPCIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL EMBARAZO Y DURANTE EL PARTO<sup>1</sup>

LOURDES CAMARENA OJINAGA<sup>2</sup>

## INTRODUCCIÓN

Este artículo busca contrastar el enfoque dominante que considera el otorgamiento de servicios de salud como una cuestión técnica. En contraste, se argumenta que el análisis de los servicios de salud debe hacerse teniendo en cuenta que estos servicios son parte de los componentes sociales. Por ello, es importante enfatizar que las prácticas de sanidad se relacionan con determinantes económicos, políticos e ideológicos, en tanto la salud no sólo se circunscribe a lo biomédico sino tiene además un fundamento social y cultural. Con base en lo anterior, se analiza la calidad de la atención proporcionada a mujeres embarazadas para mostrar cómo las prácticas sociales y los factores culturales deben ser tomados en cuenta en el ámbito de la salud pública, en específico para analizar el grado en que las

---

<sup>1</sup> El capítulo que se presenta se deriva de la tesis doctoral: “Calidad de la atención prenatal y parto en la ciudad de Chihuahua: un enfoque basado desde la usuaria.” Directora de Tesis: Dra. Christine von Glascoe. Sinodales: Dra. Catalina A. Denman Champion, Dra. Socorro Tabuenca Córdoba, Dra. Elizabeth Maier Hirsch, Dr. Humberto González Galbán. Lectora externa: Dra. Adriana Ortiz Ortega. El financiamiento otorgado por el PIEM fue para apoyar el trabajo de campo del proyecto de tesis doctoral.

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias Sociales. Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma de Baja California.

necesidades de las mujeres se consideran al diseñar servicios de salud. Dada la brecha entre la calidad de la atención que las instituciones otorgan y las necesidades de las mujeres, este artículo ofrece un abordaje metodológico, desarrollado desde la antropología cognitiva dirigido a estudiar esta brecha. Específicamente, en este estudio se aplicaron metodologías diferentes a las cuantitativas tales como el listado libre, en el que se pregunta a los informantes una lista de nombres de cosas que componen una categoría o el dominio del conocimiento cultural, en este caso, se preguntó a las mujeres embarazadas una lista de satisfactores e insatisfactores durante la consulta prenatal y la atención del parto; la entrevista etnográfica, la cual es una manera formal en la que se obtienen verbalizaciones y particularidades discursivas, en específico el objetivo fue ingresar en la realidad de las mujeres embarazadas y sus experiencias en relación con la atención médica recibida durante su embarazo y parto; el muestreo por bola de nieve que se empleó para que mujeres embarazadas ya entrevistadas indicaran a otras mujeres embarazadas que pudieran ser entrevistadas. Estas estrategias permitieron el acercamiento con los grupos de estudio, mujeres embarazadas, y conocer su punto de vista.

El enfoque adoptado permitió un acercamiento directo al problema que se plantea en este artículo: la “invisibilidad” de las mujeres –copartícipes– en los programas dirigidos a la atención de su propia salud. Dicha problemática se analiza a dos niveles: primero, en relación con la creciente atención proporcionada al tema de la calidad de la atención como derecho humano dentro de la literatura internacional. Segundo, en relación con la ausencia de un marco institucional que realmente considere a la calidad de atención como una garantía individual dentro del marco de derechos para las mujeres. Esta carencia resulta en el ámbito directo de las instituciones de salud en un desconocimiento de las instituciones del ramo respecto a la necesidad de las usuarias de recibir un servicio de calidad.<sup>3</sup> La brecha entre el marco institucional y las necesidades de las usuarias mujeres conlleva a que una de las premisas del artículo sea “hacer visible lo que parece invisible dentro del modelo médico” (Matamala, 1998:10).

---

<sup>3</sup> El presente artículo retoma parte de la investigación efectuada por la autora como tesis doctoral.

Este artículo contiene cuatro secciones. En la primera se discute el otorgamiento de una atención médica de calidad como un derecho y como una garantía individual de cobertura universal dentro de la literatura que desde la perspectiva de género ha abordado el problema de la calidad de la atención. En la segunda sección se contrasta el esquema de calidad de la atención discutido en la sección inicial con las nociones de calidad de atención que prevalecen en el ámbito de la salud, en el que, por lo general, se aborda desde una sola perspectiva: la del sistema de salud. Hasta ahora, en la mayoría de las instituciones, la satisfacción de los pacientes ha quedado relegada a un papel secundario ya que, a menudo, el servicio está diseñado para responder a las conveniencias e intereses de los prestadores/as más que a los de los usuarios/as. En muchos casos, los sondeos, las encuestas y las entrevistas para evaluar la calidad de los servicios de salud son generados desde la perspectiva de los/las prestadores/as de dichos servicios; así, los indicadores y el planteamiento que los sustenta refleja sólo el pensamiento y la percepción institucional, mas no la de quien recibe los servicios, es decir, el usuario o la usuaria en el caso que estudiamos. En la tercera sección se presentan los aspectos metodológicos de este estudio dirigido a captar las atenciones de las usuarias así como enfatizando los resultados del estudio. La última sección contiene las conclusiones.

## LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN COMO DERECHO

Es pertinente comenzar esta sección resaltando que la calidad de atención en la sanidad se ha considerado un elemento clave en el otorgamiento de los servicios, por considerar que la salud es un derecho humano básico. Asimismo, ofrecer servicios de salud de calidad se ha promovido a nivel local por organizaciones de salud de la mujer y conferencias internacionales.

Este apartado sobre la calidad de la atención como derecho comprende temáticas sobre género, los derechos de las mujeres, la salud como derecho de las mujeres, la salud reproductiva y la transición de las necesidades de salud de las mujeres a demandas específicas para una propuesta de políticas públicas. Sin embargo, es importante puntualizar que el objetivo del trabajo

no es detenerse en la explicación y discusión de estos temas, sino presentarlos como parte del entramado de la calidad de la atención a la salud.

En la discusión de la calidad de la atención como derecho, agencias internacionales como la Región del Hemisferio Occidental de la Federación de Planificación Familiar (IPPF/WHR, por sus siglas en inglés) ha presentado una definición sobre la calidad de la atención considerando que evaluar los servicios desde la calidad de atención es el primer paso para incluir una perspectiva de género en la relación clientes/as-proveedores/as. En este sentido, como cita García “la perspectiva de género es una forma de abordaje de la realidad que permite visibilizar las diferencias de situación, posición, oportunidades y trato entre hombres y mujeres, que las sociedades construyen históricamente a partir de la pertenencia a un sexo específico” (García, 2007:181).

De este modo, organizaciones como La Federación (junto con tres asociaciones regionales de planificación familiar y la Red de Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe) elaboraron un manual con el objetivo de evaluar la calidad de la atención desde una perspectiva de género en la región. Los objetivos fueron: 1. mejorar la igualdad entre los sexos, 2. respetar los derechos relacionados con la sexualidad, 3. analizar si las instituciones están incorporando estos conceptos y 4. fortalecer la capacidad del personal para determinar el grado en que dichos indicadores se aplican en los servicios de salud reproductiva (Creel *et al.*, 2002:3).

De acuerdo con algunas autoras, la categoría género dentro del modelo de calidad de la atención de la salud se refiere a los derechos de los clientes respecto a una amplia gama de servicios, entre otros: derecho al buen trato, información imparcial, acceso a mayores tipos de métodos anticonceptivos con el consentimiento informado de la usuaria (Ortiz- Ortega, 2003:138). El cambio en la calidad de atención, con enfoque en los derechos individuales y el empoderamiento de la mujer fue profundo, y su incorporación en los programas de la IPPF fue atribuible, en parte, al triunfo de la inclusión del lenguaje feminista y los principios de las grandes conferencias de la ONU, en la década de 1990 (Ortiz-Ortega, 2003:140).

A escala internacional, la aproximación de las mujeres y el derecho a la salud de calidad obtuvieron reconocimiento oficial al inicio de 1990, cuando

Judith Bruce desarrolló el modelo de calidad de la atención (Ortiz-Ortega, 2003:138). El modelo de Bruce (1989) suele considerarse como el paradigma básico para medir la calidad de los servicios de planificación familiar a nivel internacional. En este modelo, se establecen seis importantes elementos (referentes a los servicios clínicos principalmente) para mejorar la calidad de atención de los programas de planificación familiar. Bruce argumenta que la calidad de la atención se refiere a la forma en que los individuos o parejas son atendidos por el sistema de servicios.

En el contexto de las conferencias internacionales organizadas por Naciones Unidas tuvo lugar un cambio paradigmático en la forma en que se proporcionaba la calidad de la atención, y ésta comenzó a ser considerada clave en el otorgamiento de los servicios de la salud por ser un derecho humano básico. Jay (2003) señala que en los últimos 25 años los defensores de los derechos de la mujer ocupan un lugar central en el teatro global de las conferencias mundiales de la ONU. Así mismo, destaca la importancia de este organismo como un espacio adecuado para exponer apremiantes temas económicos, sociales y políticos en el ámbito internacional, y por su rol protagónico en la defensa de los derechos de la mujer. Para el movimiento internacional de las mujeres, Jay subraya la importancia de la ONU, tal como se manifiesta en la celebración de conferencias, como la realizada en 1975 en la Ciudad de México, en la que se declaró el Año Internacional de la Mujer, hasta la última serie de encuentros “+5” para evaluar los resultados de las conferencias de la década de 1990. La autora comenta que los partidarios de los derechos humanos de la mujer desarrollaron el marco para que los temas de la mujer fueran considerados parte de los derechos humanos y asegurar, así, un lugar en la agenda de discusión (Jay, 2003: 1-3).

La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena, Austria, en 1993, resaltó que los derechos de las mujeres y las niñas son parte integral de los derechos humanos y afirmó que las mujeres deben poder disfrutar los más altos niveles de salud mental y física durante su vida. Asimismo la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo, Egipto, en 1994, representó un momento decisivo en el debate internacional sobre el tema porque se abandonó la idea de que el crecimiento demográfico es, en sí mismo, la principal causa de la pobreza, la inequidad

y las migraciones masivas, entre otros problemas mundiales, y enriqueció el concepto de población. El Programa de Acción de El Cairo representa un cambio radical porque coloca a las personas y sus derechos humanos inalienables en el centro de las políticas de población (Romero, 1994:1-2).

Por otro lado, la IV Conferencia Mundial de las Mujeres, que tuvo lugar en Pekín, China, en 1995 (Romero, 1994:1) estableció que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida, su bienestar y su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico porque la salud conlleva factores biológicos que están relacionados con el contexto social, político y económico en que vive (UNFPA, 1995:36). En esta conferencia también se definió a la salud reproductiva como un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y su bienestar reproductivo al prevenir problemas relacionados con el tema. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no exclusivamente la asesoría y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (UNFPA, 1995:37-38).

Es importante mencionar que fue a partir de la respuesta social organizada –como las redes de mujeres y las organizaciones no gubernamentales enfocadas en la promoción de la salud reproductiva– que la comunidad internacional prestó atención a la mujer como sujeto de derechos. En palabras de Ortiz-Ortega:

[...] Cabe destacar que si el siglo veinte ha visto evolucionar el concepto de lo humano dentro del campo de los derechos humanos ha sido gracias a la presencia constante de los movimientos sociales de mujeres que en su plataforma hacen alusión no sólo a la materialidad concreta de los seres humanos como tales, sino a su potencial de desarrollo (Ortiz-Ortega, 1999:36).

De esta manera, como producto de estos movimientos, se redactaron documentos base para la elaboración de recomendaciones y programas dirigidos a la mujer. Así se abrió uno de los campos más fértiles para la aplicación de los derechos de la mujer en el contexto de los derechos humanos.

En consonancia con las declaraciones de las conferencias internacionales, Ortiz-Ortega comenta que los derechos sexuales y reproductivos, vistos como derechos humanos, no sólo son derechos aspiratorios, sino ejercicios individuales y punta de lanza para la crítica social (Ortiz-Ortega, 1999:34-35). Esta misma autora agrega que la propuesta de que los derechos sexuales y reproductivos, concebidos como derechos humanos, se sustenta en la universalidad del derecho que cualquier individuo tiene por su carácter humano y deriva en la obligación que tiene cada Estado por velar estos derechos. De tal modo que reconocer este derecho no es una muestra de modernidad sino una obligación del Estado hacia la sociedad. Por lo tanto, los individuos y sus derechos son los que están en condiciones de guiar el estado de derecho y velar por su cumplimiento (Ortiz-Ortega, 1999:35).

Para entender mejor el alcance de la importancia respecto del reconocimiento de la calidad de atención como derecho humano, es importante citar el trabajo de Matamala dirigido a defender los derechos de las usuarias en América Latina. La autora señala que hace falta reposicionar a la salud en su faceta humana, darle el estatus de derecho a nivel cultural, en las políticas públicas y en la práctica diaria, así como lograr calidad en la atención que las mujeres necesitan y merecen (Matamala, 1998).

El proveer una atención de salud que asegure el máximo posible de bienestar a la mujer depende del sistema de atención a la salud, de los proveedores de la salud y de la mujer misma. Cualquier modificación en los papeles de cada uno de éstos puede impactar en la calidad de la atención, y promover o impedir los derechos humanos y su desarrollo. Los servicios de salud pública generalmente operan dentro de un modelo biomédico, el cual puede ser descrito como patriarcal y basado en relaciones jerárquicas. Este modelo fomenta la dependencia y sumisión, y afecta las interrelaciones entre los profesionales de la salud y otros trabajadores de salud involucrados en el otorgamiento del servicio y entre los proveedores y los usuarios de servicios. El modelo biomédico de la atención a la salud enfatiza la medicina prescriptiva y considera que el conocimiento biomédico es la única forma válida de conocimiento (Matamala, 1998:13).

Desde esta perspectiva, se han realizado estudios en el área de los servicios de salud reproductiva (Matamala, Berlagosky, Salazar y Núñez, 1994; Matamala,

1998; Davies, 1995; Londoño, 1995; Checa, 1997; Sesia, 1996; Jasis, 2000) y se ha investigado acerca de la percepción de la atención de salud con calidad, desde el punto de vista masculino y femenino de los/as proveedores/as y usuarios/as de los servicios de salud (Haddad *et al.*, 1998; Elu, 1990; Fisher, 1986; Campero *et al.*, 2000; Tood, 1989; Fisher y Groce, 1985).

No obstante los logros obtenidos, aún existen deficiencias en el otorgamiento de una atención con calidad y en el acceso equitativo a los servicios de salud. Lamas (2001) sostiene que el deficiente funcionamiento del sistema público de salud es percibido, día a día, por la población más pobre (Lamas, 2001:37). Así mismo, ella argumenta que existen desigualdades e injusticias en el acceso a las alternativas reproductivas y orienta a pensar que no serán los partidos políticos los que ofrezcan respuesta a esta problemática. Señala que la lucha por los derechos reproductivos representa un canal para conformar una política ciudadana de oposición al proyecto neoliberal (Lamas, 2001:38).

Desde un ángulo diferente, Cervantes (1999) llama la atención respecto a que la institucionalización de las decisiones reproductivas, lejos de ser un derecho conquistado por las mujeres, significa que el ejercicio del derecho a decidir sobre la descendencia ha dependido y depende, actualmente, de la lógica, la estructura, el proceder y la intencionalidad de las instituciones en las que se concretan, modelan y, frecuentemente, se elaboran y se toman las decisiones reproductivas (Cervantes, 1999:375). De manera similar, Figueroa (1999) señala que se asiste cada vez más a una “aparente contradicción” entre el Estado y las instituciones gubernamentales en el tema de la salud, ya que, con relativa frecuencia, violan esos mismos derechos. Esta contradicción se observa en los/as prestadores/as de servicios y en la población demandante de éstos. Los primeros se desprofesionalizan y los segundos se autodevalúan; de ese modo, entablan una relación de autoritarismo-sumisión que poco beneficia a la salud y reproduce las condiciones de desigualdad existentes (Figueroa, 1999:149).

En breve, se puede decir, como señala Cervantes, que el principio jurídico que defiende a todas las personas como iguales frente a la ley nacional y con iguales posibilidades de disfrute, protección y ejercicio, sigue presente y coexiste cotidianamente con la pesadumbre intuitiva de la desigualdad; así, se crea una permanente paradoja simbólica y un constante contrasentido discursivo

(Cervantes, 1999:403). Al parafrasear a Figueroa, el ejercicio de los derechos reproductivos será factible cuando los contextos social, político, legal, económico y cultural favorezcan el acceso a estas posibilidades y, además, cuando los actores institucionales logren comprender el proceso reproductivo con el que se relacionan y la propia institución respete las condiciones y tiempos propicios para su interacción (Figueroa, 1999:150). Sin desconocer los múltiples esfuerzos realizados por las instituciones de salud, hay que señalar que todavía distan de ser suficientes para garantizar que dicho derecho se hará efectivo.

Siguiendo con Cervantes, él menciona que no todos los individuos de una sociedad tienen la misma posibilidad o están en igualdad de circunstancias para ejercer sus derechos, los cuales, por definición, son formalmente iguales para todos. Entre el derecho formal que todo individuo posee por pertenecer a una sociedad determinada y la posibilidad que tiene para ejercerlo, se encuentran los constreñimientos estructurales, sistémicos, ideológicos y simbólicos de esa sociedad (Cervantes, 1999:401-402). El autor agrega que aun teniendo formalmente los mismos derechos reproductivos, no todos los ciudadanos de una misma nación podrán ejercerlos de la misma manera o tendrán la posibilidad de concretarlos dentro del mismo marco de opciones. Por ejemplo, en relación con el acceso a los servicios médicos, algunos podrán optar por la práctica médica privada y especializada, de acuerdo con sus recursos y la cantidad de dinero que estén dispuestos a pagar por ésta. Otros estarán obligados a recurrir a los servicios, subsidiados, parcial o totalmente, que ofrecen las instituciones oficiales. Y otros más, en cambio, no tendrán acceso a servicio médico alguno (Cervantes, 1999:403).

De lo anterior, vale la pena preguntarse: ¿el Estado (en este caso el estado mexicano) realmente garantiza el derecho a la salud? ¿Qué oportunidades tienen voces subalternas, como las mujeres, de ser escuchadas? ¿Qué capacidad tienen las mujeres de transformar sus necesidades en demandas de salud? Si se considera que recibir una atención de salud con calidad es un derecho humano, entonces, ¿los/as proveedores/as de las diversas instituciones públicas y privadas de salud impulsan el ejercicio de este derecho hacia los usuarios/as? ¿Estas instituciones vigilan la plena satisfacción de los mismos? El núcleo de la discusión apunta hacia cómo transformar las

necesidades de salud de las mujeres en demandas, y que éstas tengan el carácter de un derecho que se satisface en el marco de las políticas públicas.

Un punto a considerar es cómo lograr que esas necesidades compartidas socialmente se transformen en demandas y, posteriormente, en derechos. No obstante, que esta discusión no fue abordada en la investigación, se juzga oportuno abrir un breve espacio de reflexión al respecto. Cabe aclarar que no se pretende abarcar todas las interpretaciones y discusiones que existen en torno a este proceso de transformación, ya que este asunto sobrepasa el propósito del presente escrito.

Existe una amplia literatura que coincide en que los movimientos sociales han logrado viabilizar las necesidades compartidas socialmente y, en cierta medida, han tenido injerencia en la formulación e implantación de políticas. Sin embargo, como lo señala Lamas (2001) “lamentablemente, la inquietud ciudadana por la democracia no conduce, por sí sola, a atender los derechos [...] por ello la autora plantea que “para que el tema entre al debate hay que reformularlo y vincularlo más explícitamente a la agenda política” (Lamas, 2001:139). En este sentido, Lamas llama la atención respecto a que no es suficiente que un grupo de individuos se solidaricen, busquen formas de agrupación e integración sociales para tomar iniciativas y exigir al Estado una intervención más efectiva. Hay que señalar, como considera Gershman (1991) que los movimientos sociales tienen su origen en la sociedad civil, y por esta condición nacen desvinculados del orden político; sin embargo, ingresan al espacio público al reivindicar demandas cuya satisfacción requiere de la intervención del Estado. Este ingreso se logra a través de la asociación y la gestión de lo colectivo.

Ahora bien, la asociación y la gestión de lo colectivo se fortalecieron en el marco de las conferencias internacionales, ya que éstas fueron un foco de atención sobre democracia y derechos especialmente centrados en las necesidades de las mujeres. En el marco de estas convenciones de las Naciones Unidas se configuraron acuerdos internacionales, a través de los cuales los gobiernos de los estados firmaron convenios y dieron oportunidad a los movimientos sociales de mujeres para impulsar reformas en pro de sus derechos. De esta manera, los movimientos de mujeres en contextos nacionales adoptaron el lenguaje de los derechos y la práctica democrática. Esta situación fue

propicia para los movimientos sociales, ya que favoreció la promulgación de estos derechos ciudadanos y la democratización de la sociedad. Por lo tanto, los movimientos sociales ampliaron su campo de acción a la política y, a través de la movilización, exigieron a los diversos estados a nivel mundial una intervención más efectiva.

Por consiguiente, como señalan Molyneux, M., y Craske, N. (2002), las activistas hicieron uso de las redes internacionales y de ámbitos institucionales para dar mayor capacidad organizacional a los movimientos, coordinar estrategias de campaña y aprovechar recursos. Estos instrumentos fueron utilizados en campañas de educación popular para informar a mujeres y hombres sobre sus derechos, y discutir cómo éstos podrían ser interpretados. Los acuerdos internacionales sirvieron para responsabilizar y presionar a los gobiernos a realizar cambios en sus políticas ( Molyneux y Craske, 2002:8)

En este sentido, Gershman dice:

[...] cuando este movimiento consigue identificar como blanco de su actuación a la política de la salud y no sólo problemas tales como la ausencia de asistencia médico-hospitalaria, de vacunas o la existencia de epidemias no controladas por las autoridades. O sea, cuando estos problemas de salud se ven como resultado de las políticas de salud y el Movimiento choca con la política vigente, ubicando alternativas formuladas por él mismo. Creemos que en este momento existe un avance sustantivo en la conformación de la identidad política de estos movimientos (Gershman, 1991:269).

Sin embargo, si bien existe ya un marco internacional para el reconocimiento de necesidades, éstas aún no encuentran un arraigo en las políticas de Estado pues lo planteado en los ámbitos internacionales aún no se traduce en las dimensiones locales debido a los procesos políticos incompletos. Es decir, como resultado de la dificultad de las mujeres para entrar de lleno a la escena política para influir y lograr que sus necesidades se traduzcan en demandas que deben ser atendidas por los estados del mundo. Para entender mejor este proceso de traducción de necesidades planteadas por grupos sociales en demandas, se puede recurrir a autoras como Nancy Fraser. El problema de las necesidades, según Fraser, radica en la interpretación de esas necesidades: convierte el discurso de éstas en un entramado

difícil que obliga a los grupos sociales a desarrollar estrategias complejas para poder combatir contra poderosos intereses organizados, que interpretan el discurso de las necesidades desde un planteamiento hegemónico con la finalidad de apropiarse de éstos para su beneficio y combatir con los discursos de los expertos en y alrededor del Estado (Fraser, 1991).

Fraser dibuja el espacio de los discursos de las necesidades como una disputa en la que:

Los grupos con recursos discursivos (y no discursivos) desiguales compiten por establecer como hegemónicas sus interpretaciones respectivas sobre lo que son las legítimas necesidades sociales. Los grupos dominantes articulan sus interpretaciones con la intención de excluir, desarmar y /o cooptar las contra interpretaciones. Por otra parte, los grupos subordinados o de oposición articulan su interpretación de las necesidades con la intención de cuestionar, sustituir y/o modificar las interpretaciones dominantes (Fraser, 2001: 11).

El enfoque de Fraser nos hace tomar conciencia del hecho de que las organizaciones de mujeres han jugado un papel protagónico en la promoción de un mayor desarrollo de conciencia y ciudadanía, al concentrar su atención en los derechos humanos y específicamente en los derechos de las mujeres. Por ejemplo, como ya se ha señalado anteriormente, los movimientos de las mujeres han utilizado los instrumentos generados en las convenciones internacionales para presionar en los gobiernos locales sobre la adopción de reformas, la igualdad de oportunidades y la lucha contra la discriminación. Pese a ello, en el caso mexicano en tanto sus demandas aún no se traducen en una transformación significativa de los servicios de salud, se hace necesario identificar las brechas y las agendas pendientes con miras a reconocer y estimular el papel protagónico de la mujer en los espacios del sistema de sanidad.

## LA SALUD Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Entrelazar las necesidades de salud de las mujeres dentro de los servicios requiere adoptar un enfoque de acuerdo con el cual se considere a la salud

como parte de una estructura en la que se entretujan aspectos culturales y organizacionales.

Sin embargo, de acuerdo con los análisis sociológicos, lejos de existir una apertura a las voces subalternas, pareceríamos encontrarnos ante una lógica inversa en la que la calidad de la atención en los servicios de salud se da, según Castro, a través del logro de la eficiencia y la efectividad, con lo que se fomenta así, en la institución, una perspectiva gerencial que se fundamenta en un mayor control de los recursos, las acciones y los resultados (Castro, 2004). En este sentido, se hace necesario revisar a autores como Learmonth, quien indica que la aproximación dominante en los servicios corresponde con el enfoque dominante en los estudios de administración. De acuerdo con éste, prevalece lo que se ha denominado un “modernismo sistémico”, el cual privilegia la aplicación del racionalismo formal a todos los aspectos de la vida. De esta forma, el modernismo sistémico busca aplicar la racionalidad para resolver problemas en la sociedad (incluyendo problemas organizacionales) porque es neutral y avalorativa (Learmonth, 2003:95).

Este pretendido enfoque que hace una defensa de la objetividad resulta en que en la “nueva administración”, el discurso de modernización enfatiza la preocupación por la calidad y la medición (Learmonth, 2003:95). Sin embargo, lejos de traducirse en una mayor incorporación de las necesidades de las usuarias, resulta en la aplicación de un modelo de calidad que surge en el sector privado y está orientado a elevar la eficiencia a costa del trato humano. Como destaca Learmonth -citando a Pollitt-: en las últimas dos décadas, la transferencia de esta tendencia del sector privado al sector público representa la inyección de una ideología extraña dentro del sector previamente caracterizado por diferentes tradiciones de pensamiento (Learmonth, 2003:103).

Es decir, en la “nueva administración”, la perspectiva gerencial y eficientista se traduce en una visión tecnocrática basada en diagnósticos económico-financieros. Este enfoque hace que los procesos de calidad tiendan a dirigirse hacia los procedimientos técnicos, el manejo del personal, del entrenamiento y del equipo. Es decir, la atención se dirige a los aspectos que pueden controlarse en el ámbito institucional de la salud. De esta ma-

nera, la visión de la calidad de la atención beneficia al personal de salud, porque al mejorar las normas básicas de atención se atrae a más clientes/as y se reduce el costo per cápita, lo cual garantiza la aptitud para sostener los servicios (Creel *et al.*, 2002:1).

Respecto a la calidad de la atención en salud, particularmente se ha escrito acerca de cómo implementar aspectos “técnicos” o de “estructura” en la atención a la salud (Gilson *et al.*, 1995) y cómo medir el progreso de la mejora en este tipo de servicio (Roemer y Montoya Aguilar, 1989; Passos Nogueira, 1993). También se ha escrito sobre la calidad como un proceso administrativo y medible (Hoyos, 1991), como el medio más deseable para alcanzar las mayores mejoras de salud (Donabedian, 1990) y como el logro de mayores beneficios posibles en la atención médica (Ruelas y Querol, 1994). Todo este grupo de perspectivas presentadas tienen en común una base administrativa gerencial para abordar la calidad de la atención en salud, sin considerar la opinión directa de los usuarios sobre sus necesidades de calidad de atención médica.

Durante las últimas décadas se han desarrollado diferentes propuestas para mejorar la calidad de los productos y servicios. En el sector salud han destacado los sistemas de evaluación y aseguramiento de la calidad con perspectivas gerenciales eficientistas, en tanto que, en el terreno de las industrias, sobresalen las propuestas que se refieren al mejoramiento continuo de la calidad, al control total de calidad y a la evaluación comparativa de referencia *benchmarking* (Ruelas y Zurita, 1993; Ruelas y Querol, 1994).

En México, durante la pasada administración federal de Fox, el sector salud retomó el modelo propuesto por Avedis Donabedian (1984), de tal manera que el concepto de calidad adoptado incluye las dos dimensiones formuladas en su modelo: la técnica y la interpersonal. La primera busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible. La segunda corresponde a lo que se ha llamado “calidez” de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción (Donabedian, 1984:6). Es oportuno resaltar que desde esta última dimensión del modelo propuesto por Donabedian, existe cierta permeabilidad que permite a las instituciones de salud ser sensibles a las demandas surgi-

das y planteadas por los sectores sociales, aunque aún es incompleta dicha incorporación.

En México, la operatividad del modelo propuesto por Donabedian ha sido a través de programas tendientes a mejorar los servicios como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que enfatiza las dimensiones técnica e interpersonal mencionadas. Dicha cruzada tuvo como fin proporcionar servicios de salud más efectivos y eficientes.<sup>4</sup> Asimismo se propuso mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos, asegurar un trato digno a los pacientes y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y, en general, a todo el personal que participa en los procesos de atención a la salud.<sup>5</sup> Se resalta como objetivo: colocar a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud, en beneficio de la población.

Para ello, el sector salud se planteó dos grandes acciones: por un lado, ofrecer un trato digno tanto a los usuarios de los servicios de salud como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica.<sup>6</sup> Sin embargo, difícilmente estos programas se han traducido en aumento en la calidad debido a consideraciones económicas e incluso educativas como consecuencia de la dificultad de cambiar la mentalidad de los médicos/as. Por tanto, no obstante los esfuerzos del sector salud por mejorar la calidad de la atención médica, persiste en parte de la población usuaria la percepción de que la calidad en este tipo de atención no es del todo satisfactoria.

Por citar algunos trabajos al respecto, se presentan dos estudios realizados previamente en la ciudad de Chihuahua con mujeres embarazadas para conocer su percepción respecto a la calidad de la atención médica. Dada la incompleta incorporación de las necesidades de las usuarias, ambos

---

<sup>4</sup> La cruzada comenzó en 2001, con Julio Frenk Mora como secretario de Salud (2001-2006).

<sup>5</sup> La cruzada contempla 70 líneas de acción que se resumen en un decálogo.

<sup>6</sup> Durante las últimas décadas se han desarrollado diferentes propuestas para abordar el mejoramiento de la calidad de los productos y servicios. En el sector salud han destacado los sistemas de evaluación y aseguramiento de la calidad, en tanto que, en el terreno de las industrias, sobresalen las propuestas que se refieren al mejoramiento continuo de la calidad, al control total de calidad y a la evaluación comparativa de referencia *benchmarking* (Ruelas y Zurita, 1993; Ruelas y Querol, 1994).

estudios destacan la importancia de tomar en cuenta más directamente las consideraciones de éstas. En uno de los estudios realizados en la capital de Chihuahua se reportó que la calidad de la atención prenatal fue calificada como baja: 36.3% por la población en estudio (Camarena, *et al.*, 1992).

Otra investigación efectuada en la misma ciudad y con otro grupo de estudio, dio un resultado semejante pues sólo 38% de las mujeres entrevistadas consideraba que el trato médico en la consulta prenatal fue bueno. Así, tenemos una población de mujeres embarazadas –derechohabientes de diversos subsistemas del sector salud– que no están satisfechas con la calidad técnica de la consulta prenatal, ni con el trato médico (Camarena y Gómez, 1997). Cabe destacar que estos resultados de investigación son particularmente importantes de ser tomados en cuenta, ya que en la bibliografía revisada se encontró que, por lo general, se analiza y pondera la calidad de los servicios de salud a partir de parámetros elaborados por las mismas instituciones. Es decir, pocas veces han desarrollado técnicas que permitan conocer indicadores de la calidad de atención proporcionados por los propios pacientes.

En este estudio se plantea que las posibles razones que sustentan estas percepciones es que a pesar de los esfuerzos del sistema de salud por mejorar la calidad de la atención, aún no ha incluido formalmente el punto de vista de la usuaria en relación con sus necesidades de calidad en la atención prenatal y en el parto. Por lo general, las estrategias del sistema de salud se limitan a la instalación de buzones de sugerencias o quejas, que no reflejan las experiencias de los usuarios. Por ello, si el sector salud desconoce las necesidades y percepciones de la población usuaria respecto a la calidad de la atención que recibe, no logrará impactar en la plena satisfacción de los usuarios.

Ahora bien, situándose en la atención prenatal y parto, el problema es la “invisibilidad” de las mujeres como copartícipes en los programas dirigidos a la atención de su salud, no sólo porque los/as prestadores/as de servicios deciden y asumen cuáles son las necesidades de las mujeres (quizá por la nula participación de éstas), sino que a las mujeres no se les permite expresarse. Ellas, entonces, aparecen en los escenarios de las instituciones de salud como las que no saben y en los que la única autoridad es el médico. Al parecer, la perspectiva de las usuarias es continuamente ignorada.

Esta omisión fue subrayada en Pekín, en la plataforma de acción que señala que la calidad de la atención médica hacia la mujer es frecuentemente deficiente en varias formas y depende de las circunstancias locales. A menudo, las mujeres no son tratadas con respeto, no se les garantiza privacidad ni confidencialidad y no siempre reciben información completa acerca de los servicios disponibles. Por ello, desde 1999, en la Conferencia de Maternidad sin Riesgos, Figueroa propuso, entre otras acciones, evitar que una sola instancia de la sociedad cuide la calidad de los servicios de salud y los derechos de la población (Figueroa 1999);

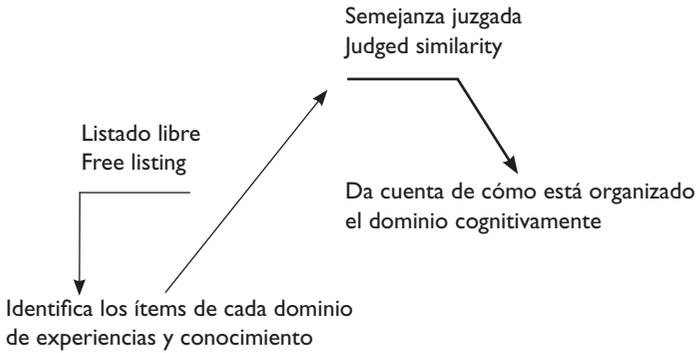
[es necesario] evitar que la calidad de los servicios dependa únicamente del prestador y su actitud paternalista hacia la población (Figueroa 1999: 166).

## EL ESTUDIO

Una aportación de este estudio es la aplicación de metodologías diferentes a las cuantitativas y el establecimiento de estrategias diversas que permitan construir una relación con las poblaciones afectadas y comprender el punto de vista de todos los actores involucrados. Por esta razón, se utilizó una exploración cualitativa profunda complementada por una metodología basada en la comprensión del contexto para obtener elementos del ambiente sociocultural que den cuenta del estilo de vida de una persona y de su relación con la salud.

El trabajo de campo consistió de dos partes, en la primera en 2002, se llevó a cabo una investigación en la ciudad de Chihuahua, como parte de la tesis doctoral de la autora, con el fin de saber cómo las mujeres embarazadas percibían la calidad de la atención prenatal y durante el parto. Para ello, se propuso identificar indicadores de satisfacción de calidad en la atención prenatal y el parto y conocer la caracterización de la estructura cognitiva con la cual se perciben estos indicadores, entre otros objetivos (ver figura 1).

**Figura 1.**  
**Estructura cognitiva del embarazo y parto**



### **Metodología**

Las técnicas empleadas para el trabajo de campo fueron la entrevista etnográfica para explorar las experiencias vividas por mujeres embarazadas; el listado libre para identificar, concretizar y asignar importancia a los elementos en la conceptualización de calidad de atención prenatal, y la semejanza juzgada a través de la agrupación de conceptos para analizar la estructura del dominio de experiencia de la atención prenatal.

El diseño metodológico utiliza técnicas etnográficas como la entrevista para explorar las experiencias vividas por mujeres embarazadas, en combinación con técnicas tomadas del campo de la antropología cognitiva para ayudar a entender la estructura del pensamiento expresado en las entrevistas. Para ello se ocupó, en primera instancia, el listado libre para identificar, concretizar y asignar importancia a los elementos en la conceptualización de calidad de atención prenatal y, después, la semejanza juzgada a través de la agrupación de los conceptos arrojados por las entrevistas y los listados libres para analizar la estructura del dominio de experiencia de la atención prenatal.

La técnica de listado libre se hace con el número de personas que se requiere para ya no mencionar elementos nuevos; en este caso fueron 18. La técnica de semejanza juzgada se hace con un número de sujetos que puede variar entre 12 y 18. Cabe hacer mención que desde la perspectiva de la

antropología cognitiva la cultura consiste en “conocimiento compartido”, para este caso se considera que el estar embarazada define una subcultura en la que los conceptos y experiencias son entendidos, ordenados y compartidos entre los miembros, y que el sistema lógico de pensamiento puede descubrirse y reproducirse a través del análisis.

Los programas de análisis utilizados para llegar a esa representación cognitiva fueron, por un lado, el programa de Johnson’s Hierarchical Clustering, que permite visualizar la estructura cognitiva a través de dendrogramas (diagramas de árbol) y la escala multidimensional (*multidimensional scaling*). En general, el propósito de estos análisis son: *a*) revelar las dimensiones perceptuales que las personas usan para distinguir entre los elementos, y *b*) detectar las agrupaciones de elementos que comparten atributos o comprenden los subdominios (Schensul y LeCompte, 1999).

El dendrograma es un tipo de *representación gráfica o diagrama* de datos en forma de árbol que organiza los datos en subcategorías que se van dividiendo en otros hasta llegar al nivel de detalle deseado (asemejándose a las ramas de un árbol que se van dividiendo en otras sucesivamente). Este tipo de representación permite apreciar claramente las relaciones de agrupación entre los datos e incluso entre grupos de ellos y, por otro lado, escalamiento multidimensional que permite visualizar la misma estructura en un espacio de dos dimensiones. En cuanto a la escala multidimensional desde un punto de vista no técnico, es una representación visual de los patrones de similitud o distancia entre un *set* de elementos (Borgatti, 1996). Básicamente es un programa computacional diseñado para reconstruir la configuración métrica de un set de puntos en un espacio euclidiano sobre la base de información no-métrica acerca de esa configuración. El propósito de esta escala es *1*) sostener cualquier patrón o estructura de una matriz de datos empíricos que en otra forma no sería visible y representar la estructura del modelo geométrico en una forma más visible (Shepard, Romney y Nerlove, 1972). Con tal representación se puede entender la manera de pensar de los miembros de un grupo social –en este caso las embarazadas de Chihuahua–, con el fin de poder hablar con ellas en sus propios términos sobre los conceptos. Este tipo de información tiene implicaciones profundas para el desarrollo y comunicación de los conceptos de calidad de atención prenatal y de parto.

El proyecto se desarrolló a través de un contacto inicial con mujeres embarazadas que acudían a puestos de salud para revisar su presión arterial. Se efectuaron visitas domiciliarias subsecuentes para elaborar 18 entrevistas que corresponden al número de mujeres que aceptaron participar voluntariamente. Ahí mismo se aplicó la técnica de listado libre.<sup>7</sup> La técnica de semejanza juzgada por agrupación de conceptos fue aplicada a 12 mujeres embarazadas en sus domicilios. La selección fue a través de bola de nieve y el único criterio de selección fue que las mujeres aceptaran participar. Cabe destacar que el tamaño de las muestras depende de las técnicas. Cada una de éstas es independiente, por lo tanto, la diferencia en tamaño de las muestras no representa inconsistencia metodológica. En un estudio realizado por Gun Roos (1998) se señala que la muestra de estudio para la entrevista individual y el listado libre consideró a 24 niños, mientras que el tamaño de muestra sólo para el listado libre fue de 15 niños. En el mismo sentido, autores como, Romney y Weller (1988), y D'Andrade (1995) coinciden en señalar que muestras pequeñas en estudios etnográficos (menores a 20 personas) son suficientes para obtener confiabilidad de que los miembros de una cultura concuerdan sobre la selección de ítems o símbolos que constituyen un dominio cultural o están de acuerdo sobre los atributos principales para identificar similitudes entre estos ítems.

A toda participante se le proporcionó un formato de consentimiento, en el cual se exponía el propósito de la investigación, se aseguró que no habría costo alguno por participar en el estudio, ni riesgo o daño para su persona. También se señaló que toda la información proporcionada sería de carácter privado y confidencial.

A continuación se describe el acercamiento metodológico –la antropología cognitiva– utilizada para entender el punto de vista de las usuarias.

### **Antropología cognitiva**

La antropología cognitiva, en contraste con las aproximaciones tempranas de la antropología cultural, considera a las culturas no como fenómenos de

---

<sup>7</sup> Se determinó este número por cumplir con el criterio de saturación (es decir, que ya no fueron mencionados nuevos criterios de calidad y calidez experimentados en la atención prenatal).

estudio, sino a la organización cognitiva que se da dentro de éstas (Tyler, 1969). Postula que cada cultura ordena sus eventos, su material de vida y sus ideas según su propio criterio. El conocimiento cultural está inserto en palabras, historias y artefactos, los cuales son aprendidos de otras personas y compartidos con ellas. Desde la perspectiva de la antropología cognitiva se considera que la cultura está compuesta por reglas lógicas que están basadas en ideas que pueden ser captadas en la mente, pero que no pueden ser descubiertas en una entrevista. En los estudios cognitivos, la cultura es vista como conocimiento, específicamente “conocimiento compartido” (D’Andrade, 1984). Así, la cultura representa el conocimiento cotidiano compartido de cómo funciona el mundo. El objetivo fundamental es, entonces, representar de una manera confiable los sistemas lógicos de pensamiento de otras personas según criterios que pueden descubrirse y reproducirse a través del análisis (D’Andrade, 1984). En este caso, se considera que estar embarazada define una subcultura en la que los conceptos y experiencias son entendidos, ordenados y compartidos entre los miembros, y que el sistema lógico de pensamiento puede descubrirse y reproducirse a través del análisis.

El campo de la antropología cognitiva es representativo no tanto por su enfoque en los fenómenos cognitivos, sino por su metodología y aproximación (Colby, 1996). Durante el desarrollo de las técnicas, en la década de 1970, éstas se aplicaron a dominios de conocimiento sencillos; por ejemplo, cómo las personas agrupan categorías de animales, verduras y frutas, etcétera. Durante el desarrollo de las aplicaciones de las técnicas cognitivas se encontraron aplicaciones ricas en diversidad cultural, como son los dominios de colores (Collier, 1973, Collier y cols., 1976) y plantas (Berlin y Breedlove, 1974). También se ha investigado cómo las personas conceptualizan la enfermedad referente a los síntomas, causas y el tratamiento apropiado. En los estudios culturales sobre enfermedad y salud, el acercamiento cognitivo se ocupa de representar la organización conceptual del conocimiento cultural sobre la enfermedad y la salud. Más específicamente, busca descubrir el conocimiento compartido y la organización cognitiva del sentido común sobre la enfermedad (White, 1982).

La clave en la antropología cognitiva es, entonces, la organización. Los significados de los sistemas culturales, como los estados de salud y enfermedad, son conceptualmente organizados por los miembros de un grupo cultural. Además, intenta llegar a esta organización conceptual utilizando métodos de investigación y técnicas de análisis específicos. Así, los datos son obtenidos usando métodos formales, entre los más comunes se encuentran: los listados libres, y la agrupación por conceptos, los cuales fueron utilizados en este estudio (Bernard, 1995).

### **Estudios cognitivos relacionados con la salud-enfermedad**

La antropología cognitiva ha confiado en la taxonomía formal y en la clasificación “léxica” de las técnicas de colección de datos y el análisis de los datos para “explorar sistemáticamente la organización de modelos conceptuales abstractos que estructuran las comprensiones culturales sobre la enfermedad” (White, 1982). Por ejemplo, al usar la sustitución de frases, el análisis factorial, la escala multidimensional y los dendrogramas, D’Andrade y colaboradores compararon la taxonomía de conceptos de enfermedad entre estudiantes de ambos sexos universitarios anglosajones y mexicano-americanos. Concluyeron que sus sujetos mencionaron más “características connotativas” de una enfermedad, en lugar de “rasgos distintivos”, es decir, los sujetos en ambos grupos no clasificaron conceptos de enfermedad basadas en su definición formal, sino en las propiedades más importantes como las “consecuencias” de la enfermedad, los remedios y los tipos de víctimas” (White, 1982). Esto demostró que las personas usaron su propio criterio, o el criterio grupal-compartido, para clasificar los conceptos de la enfermedad y que los rasgos distintivos que definen las enfermedades para ellos eran menos importantes que el impacto de éstas en las vidas de los sujetos. Éste es un hallazgo importante porque demuestra que no es única la manera como las personas clasifican las enfermedades. Mientras que los rasgos distintivos de una enfermedad permanecen fijos, sus rasgos connotativos pueden cambiar.

Esto ocurre cuando se comparan los conceptos de la calidad del sistema de salud desde el punto de vista institucional y de las usuarias. Los médicos tienden a interpretar la calidad de acuerdo con sus rasgos distintivos; en cambio, las usuarias incluyen características connotativas en su apreciación

de la calidad de atención. Debido a la importancia de este hallazgo como resultado de la aplicación de metodologías aplicadas en el campo de la antropología cognitiva para identificar conductas connotativas, este estudio trata de identificar los criterios grupales compartidos utilizados en la apreciación de la calidad de atención prenatal.

Torres (1998) utilizó la antropología cognitiva a fin de identificar cuáles son las perspectivas e interpretaciones que las embarazadas dan al tipo de atención médica recibida en el embarazo y en el parto. Indagó sobre las diferentes opciones para el cuidado del embarazo en mujeres trabajadoras de maquiladora y encontró que las opciones listadas por las mujeres se categorizaban en biomédicas y no biomédicas. Este hallazgo concuerda con el reportado por White (1982) y con los encontrados en el presente estudio, en el cual las usuarias conceptualizan la calidad de atención como una mezcla de factores técnicos (biomédicos o de rasgos distintivos) y factores no biomédicos o connotativos.

### **Técnicas utilizadas en este estudio**

#### *Representación cognitiva del conocimiento cultural sobre la experiencia humana: una aplicación novedosa*

Como se mencionó anteriormente, desde el inicio del desarrollo de la metodología utilizada en la antropología cognitiva, se han hecho ensayos con ítems de dominios de conocimiento cultural sencillos, como son las verduras, frutas y animales. Un dominio fructífero ha sido el de términos de enfermedad (Baer *et al.*, 1999). Sin embargo, hasta el momento, no ha sido utilizada la metodología cognitiva para estudios de conceptos complejos, como son los factores que influyen en la satisfacción sobre la experiencia humana. Ante la problemática del descenso en el uso de los servicios de salud para la atención prenatal, y basada en estudios anteriores sobre la satisfacción con la calidad de atención en dichos servicios, se decidió indagar sobre las percepciones de calidad de las mujeres usuarias con técnicas cognitivas.

Se aplicaron las técnicas desarrolladas en estudios cognitivos durante las últimas tres décadas, se seleccionó el listado libre (*free listing*), el agrupa-

miento de conceptos (*pile sorts*) y la técnica de análisis convencional de dendrogramas y escalamiento multidimensional (*multidimensional scaling*).<sup>8</sup>

### *Listado libre*

El primer paso en cualquier estudio es definir los contenidos y límites de la materia. Este principio general no sólo aplica al análisis del dominio cultural, sino a cualquier tipo de investigación. Una de las características de la investigación etnográfica es el compromiso de definir el tema de estudio en términos del uso del lenguaje, los conceptos y las categorías de las personas bajo estudio. La importancia de este compromiso hace del listado libre una herramienta esencial para cualquier etnógrafo, no solamente para antropólogos cognitivos o etnocientistas. Pedir a un grupo de informantes “nombrar todos los X que conozcan” proporciona una manera sistemática de obtener conceptos y categorías que pertenecen a un dominio de conocimiento. Algunos consideran que es la mejor manera de asegurar que el antropólogo está tratando con elementos culturalmente pertinentes (Bernard *et al.*, 1995).

El listado libre es una de las técnicas de entrevista diseñada para obtener datos sistemáticos sobre un dominio cultural, el cual puede definirse como “un conjunto organizado de palabras, conceptos o frases, todos en el mismo nivel de contraste que en su conjunto se refiere a una sola esfera conceptual” (Weller y Romney, 1988). Muchos de los fenómenos mentales que interesan a antropólogos/as pueden ser concebidos en términos de dominios culturales. Por ejemplo, algunos de los dominios que los antropólogos/as han estudiado incluyen condiciones del parentesco, las enfermedades, las prácticas de crianza, los términos de plantas y los tipos de remedios caseros. En este trabajo se estudió la esfera conceptual de control prenatal a través del conjunto de conceptos expresados como frases de una experiencia satisfactoria.

Hay generalmente dos cosas que los antropólogos quieren saber sobre un dominio cultural: 1) ¿qué le pertenece? y 2) ¿cómo se estructuran sus contenidos? En el listado libre, el entrevistador (¿la entrevistadora no hace lo

---

<sup>8</sup> Para estos se empleó el programa “Anthropac” que contiene rutinas para ayudar tanto al levantamiento de datos como a su análisis.

mismo?) simplemente pide a cada informante que “liste tantos X” como le sean posible. Esto contesta la primera pregunta, específicamente: ¿qué contenidos y límites de un dominio pueden ser estudiados?

En esta investigación a cada entrevistada se le entregaron 10 tarjetas, cinco en las cuales escribieron las necesidades deseadas de la atención del embarazo y cinco para lo que no deseaban que ocurriera durante la atención del mismo. La mayoría de las informantes escribió hasta tres tarjetas para cada situación. Lo mismo sucedió para aspectos del parto.

El proceso por el cual se crearon los indicadores comprende una serie de etapas que inicia en el momento mismo de la entrevista domiciliaria, en la cual las mujeres embarazadas elaboraron su listado libre de elementos que satisfacen e insatisfechen la atención del embarazo y parto; la frecuencia de mención fue de tres o más veces.

#### *Semejanza juzgada por agrupación de conceptos*

La agrupación de conceptos es usada para contestar la segunda pregunta de interés sobre un dominio cultural, es decir, se usa para construir la estructura cognitiva a través de la semejanza juzgada entre ítems de un dominio cultural. También es usada para obtener atributos que la gente usa para distinguir los ítems.

La técnica de agrupación de conceptos inicia con un grupo de tarjetas en las cuales están escritos ítems de un dominio en palabras o descripciones cortas. La pila de tarjetas es barajada al azar y es entregada a un informante con las siguientes instrucciones: “Aquí hay un conjunto de tarjetas que representan los satisfactores de una atención prenatal adecuada. Me gustaría que usted las ordenara en hileras según se parezcan. Usted puede hacer tantos grupos como guste. ¡Adelante!” Luego se pregunta sobre el razonamiento de haberlo hecho en tal manera para poder describir la estructura cognitiva de los miembros del grupo bajo estudio.

Se llevó a cabo un ensayo piloto con cinco mujeres embarazadas a quienes se les presentó el grupo de tarjetas sobre embarazo y parto. Previamente se trabajó con un grupo de tarjetas que contenían elementos de utensilios de cocina para ejemplificar cómo se llevaría a cabo la sesión.

Los datos de semejanza juzgada se analizan con técnicas estadísticas que crean representaciones de las relaciones lógicas entre los conceptos que

definen el dominio de conocimiento cultural. Las representaciones son en forma de dendrogramas y escalamiento multidimensional.

## Resultados

Aunque el diseño cualitativo de este estudio y el número de participantes no constituyen una muestra estadísticamente representativa, las técnicas empleadas, tales como el listado libre y la semejanza juzgada son consistentes metodológicamente, ya que presentan coherencia en la experiencia cultural de este grupo de estudio. Por eso se considera que con 12 individuos de un grupo social –en este caso las mujeres embarazadas de la ciudad de Chihuahua, usuarias del sistema de salud– se puede conocer su estructura cognitiva de un dominio de conocimiento y experiencia.

En este apartado, el propósito es mostrar qué expresaron las mujeres embarazadas en la entrevista etnográfica antes de realizar sus listados libres. Se presentan algunas citas de entrevistas efectuadas del 5 al 16 de agosto de 2002.

Resaltan los aspectos interpersonales que se establecen con los/as prestadores/as de los servicios de salud. El protagonismo de las mujeres usuarias queda imperceptible para los/as prestadores/as, ya que el ejercicio del poder se da en forma vertical, del médico/a a la usuaria, con lo que se crea un marco de poder-subordinación que refleja que el tipo de relación médico/a-usuaria sigue siendo inequitativo.

[...] Haz de cuenta que también cuando vas a entrar ya con él, ya lo viste, tú ya pensaste que va a estar agachado, con su cara de cansado, con su cara de enojado. Cuando voy a entrar al Seguro, ya lo estoy viendo molesto de que, como que le molesta que uno le esté preguntando. Está uno, le preguntaré o no le preguntaré. Y luego que va a estar con su “carota” ahí, y luego a dejarme acostada y estarme aplastando y lo que me va a doler. Ahí me va a dejar acostada, a ver cómo me enderezo [...].<sup>9</sup>

Si bien las usuarias no tienen información formal sobre la técnica de la atención médica, sí muestran nociones sobre la competencia técnica que deben ejercer los médicos/as y de la cual ellas tienen derecho.

<sup>9</sup> Entrevista efectuada el 8 de agosto de 2002.

[...] llegué como a las seis de la mañana y el doctor estaba dormido, me decían que me aguantara, que todavía no me iba a aliviar, o sea, apenas, todavía ni me preparaban, ni nada, cuando me alivié yo sola. Estaba en una cama, ahí, parece cuento, ¿verdad? [...].<sup>10</sup>

[...] yo iba para cesárea y me pusieron suero para que me dieran los dolores. Todo y porque no leyeron el expediente. Yo estaba aparte porque iba para quirófano y ya me habían limpiado y pregunta un doctor: ¿por qué no le han puesto suero a ella? No sé, le contesta una enfermera; pues póngaselo, ¿qué espera? Pienso que no hay seguimiento, que existen malos entendidos entre ellos mismos. Que lean nomás los expedientes para que vean a ver esta mujer qué tiene. No somos animales para que nos traten al parejo [...].<sup>11</sup>

La relación entre la mujer y el/la médico/a se caracteriza por la falta de diálogo, la asimetría y el reforzamiento del poder médico. Este vínculo no genera un proceso de retroalimentación y el reconocimiento de las necesidades que tienen las mujeres de recibir información sobre su estado de salud y la aclaración de dudas sobre las indicaciones médicas. Muchas veces la información que se proporciona es en un lenguaje técnico que es incomprendible para gran parte de las mujeres. Además, los/as proveedores/as de la atención médica pocas veces se esfuerzan por confirmar si las usuarias comprendieron las instrucciones que les fueron proporcionadas.

[...] Es muy importante lo que el doctor debe informar, tanto como lo que uno debe de preguntar; pero, por lo regular, nunca dicen nada, ni en las particulares ni en las del Estado [...].<sup>12</sup>

[...] Que me explique las cosas que no entiendo, porque luego hablan con palabras que no sabe uno y que me diga los riesgos que puede tener un embarazo y todo eso [...].<sup>13</sup>

[...] Me refiero a que hay veces de que el doctor trae mucho apuro o no quiere dar más de la información que él quiere dar y no le comunica a uno lo que uno cree necesario. Él nada más dice: está bien y de ahí en más no entra en detalles [...].<sup>14</sup>

<sup>10</sup> Entrevista efectuada el 15 de agosto de 2002.

<sup>11</sup> Entrevista efectuada el 10 de agosto de 2002.

<sup>12</sup> Entrevista efectuada el 11 de agosto de 2002.

<sup>13</sup> Entrevista efectuada el 9 de agosto de 2002.

<sup>14</sup> Entrevista efectuada el 10 de agosto de 2002.

En las instituciones públicas del sector salud se ha presentado un creciente deterioro de la atención médica por múltiples factores (disminución de recursos económicos que merman los insumos en medicinas, instrumental, material de curación y de laboratorio, entre otros, así como el aumento en el número de derechohabientes sin que se incremente el personal médico ni las instalaciones). Por mencionar un dato, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, desde 1982 no ha crecido la población trabajadora y existe sobre demanda de servicios en 23%; además, hay desabasto en todos los rubros (Van Dick, 2002).

[...] Si el médico te da una receta con cinco medicamentos, nomás te dan dos. Hace poco mi cuñada fue y no tenían ni siquiera alcohol [...].<sup>15</sup>

[...] El medicamento. Por ejemplo, el ácido fólico... tengo que estar hable y hable a ver si ya llegó [...].<sup>16</sup>

[...] Cuando me iban a hacer la cesárea, que ya pasamos al quirófano, que me estaban poniendo ya los aparatos, el de tomar la presión de la anestesia, no servía, entonces, el anesthesiólogo me tuvo que estar tomando la presión en forma manual, porque el monitor no sirvió [...].<sup>17</sup>

[...] Muchas veces no existen los instrumentos, los estetoscopios, o simplemente el aparato del ultrasonido no sirve, y pues vaya a que se lo hagan a otro lado porque no sirve. O sea, falta buen equipo médico [...].<sup>18</sup>

La posibilidad de que la mujer pueda compartir con su pareja la experiencia del parto se reduce prácticamente a un buen deseo, ya que a nivel institucional no hay indicios de poder ejercer este derecho. La necesidad de sentirse acompañada por su pareja, no es reconocida por las instituciones de salud, sólo por los hospitales privados.

---

<sup>15</sup> Entrevista efectuada el 10 de agosto de 2002.

<sup>16</sup> Entrevista efectuada el 11 de agosto de 2002.

<sup>17</sup> Entrevista efectuada el 7 de agosto de 2002.

<sup>18</sup> Entrevista efectuada el 9 de agosto de 2002.

[...] En el Seguro no lo dejaban entrar, ni a las sonografías ni a nada, entonces, por eso es por lo que, uno en ese momento necesita más de su esposo que de nadie y por eso es que me hace lo más importante.<sup>19</sup>

[...] Que nos atienda bien tanto a mi esposo como a mí, que no me diga, vamos a revisarla y que no se qué, sin tomar en cuenta a mi esposo, que al contrario mi esposo sienta confianza de cómo me atiende el médico.<sup>20</sup>

Mientras que ciertos aspectos de la calidad de la atención, como la infraestructura, el equipo, los medicamentos, los aspectos de organización del trabajo y la utilización de los recursos humanos pueden ser evaluados, aun cuando no se ha logrado mejorarlos, los asuntos demandados por la usuaria –como tener una mejor relación con los/as prestadores/as de los servicios de salud– son más difíciles de perfeccionar, ya que las necesidades, percepciones y expectativas son construcciones sociales y culturales complejas.

Las percepciones y los requerimientos de lo que es una atención médica de calidad, en cierta manera, difiere de los prestadores y los usuarios debido a que, como se ha señalado con anterioridad, el concepto de calidad depende de quién lo define. Thomas Rothman (1978) ha señalado que “si las situaciones definidas como reales son reales en sus consecuencias, entonces aquellos que definen, controlan” (1978:124).

Autores como Tood (1989) señalan que las pacientes tienden a presentar sus casos con sus propias opiniones y creencias, mientras que los/as médicos/as, por el contrario, entrenados bajo un modelo masculino de ciencia, tienden a dirigir autoritariamente la conversación en términos técnicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean, de tal manera que ellos deciden qué temas son apropiados y cuáles son tratados durante la consulta. Una breve síntesis de los resultados de las entrevistas con las mujeres se presenta en la siguiente sección.

<sup>19</sup> Entrevista efectuada el 15 de agosto de 2002.

<sup>20</sup> Entrevista efectuada el 13 de agosto de 2002.

### **Propuesta de elementos y creación de indicadores de calidad**

La metodología de este estudio permitió producir los datos a través del dialogo. La construcción de los indicadores y la definición de los mismos fueron referidas por las mismas usuarias de los servicios a través de sus opiniones y propuestas.

Respecto a los indicadores sobre la atención prenatal declarados por las mujeres embarazadas, se observó en forma general que estas mujeres presentan una predilección de ser tratadas con “interés”, “respeto” y un “mejor trato”. Otras de las necesidades expresadas fueron tener una “orientación plena en cuanto a los cuidados”, un trato que vislumbre el “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos”. Las apreciaciones de este grupo de embarazadas parecen indicar que encuentran un deterioro de capacidad e imagen de las instituciones públicas de salud.

En cuanto al grupo de necesidades expresadas se presentan como elementos o indicadores de calidad que fueron creados a partir del análisis de las necesidades expresadas por frecuencia de importancia en los listados libres. El cuadro 1 presenta los elementos de calidad organizados por tema. De los 18 indicadores, la mayor parte hace referencia a las clínicas en las que acuden para su atención prenatal. El tema de segunda preponderancia se refiere a la actitud y atención médica. También fueron incluidos tres indicadores referentes a la orientación médica (ver tabla 1).

**Tabla 1.**  
**Indicadores para una atención prenatal de calidad**

1. Orientación del médico con palabras sencillas
2. Orientación completa
3. Orientación de médico por escrito
4. Interés del médico por el curso del embarazo
5. Médico atento y amable (Actitud comprensiva, interesado por los sentimientos de la embarazada, respetuoso, con disponibilidad para aclarar dudas)
6. Ultrasonido en cada consulta
7. Chequeo completo del bebé en el vientre
8. Chequeo completo de la embarazada
9. Revisión delicada del médico
10. Mismo(a) doctor(a) durante todo el embarazo

11. Citas respetadas
12. Instalaciones agradables de la clínica
13. Instalaciones cómodas de la clínica
14. Instalaciones higiénicas de la clínica
15. Medicamentos disponibles en la farmacia de la clínica
16. Horarios suficientes para solicitar consulta
17. Suficiente equipo en la clínica
18. Suficiente instrumental en la clínica

Con respecto a los indicadores para el parto, sólo 15 fueron propuestos por las mujeres embarazadas entrevistadas. De los 15 indicadores llama la atención que las mujeres muestran una insistencia en que el personal médico ejerza su profesión con competencia técnica para seguridad de ellas y su bebé. De nuevo, al igual que en el embarazo muestran interés en la interacción médico-paciente.

En relación con el parto aparece la figura de la enfermera, de la cual solicitan buen trato. Hay insistencia en que se les otorgue información y puedan compartir con su pareja este episodio para sentirse apoyadas afectivamente. Otro elemento que fue considerado fue la suficiencia de medicamentos, médicos, enfermeras y equipo (ver tabla 2).

**Tabla 2.**  
**Indicadores para una atención del parto con calidad**

1. Hospital o clínica higiénica
2. Compañía del esposo en el parto
3. Atención rápida
4. Buena atención del médico
5. Buen trato de la enfermera
6. Suficiente equipo en la clínica
7. Suficiente medicamento en la clínica
8. Suficientes materiales en la clínica
9. Suficiente información durante el parto
10. Suficientes enfermeras en la clínica
11. Suficientes médicos en la clínica
12. Instalaciones adecuadas
13. Número de tactos requerido
14. Parto natural de preferencia
15. Acciones autorizadas por la embarazada

### **La organización cognitiva de calidad ( semejanza juzgada)**

En relación con la aplicación de la técnica de semejanza juzgada, se practicó a informantes con un perfil semejante al de las mujeres embarazadas que fueron entrevistadas. Cabe aclarar que la técnica de semejanza juzgada es una técnica robusta, puesto que la relación de semejanza es bastante fuerte en la cognición de conceptos para un mismo grupo cultural y no varía mucho según índices de escolaridad, edad, etcétera. Por eso se considera que con 12 individuos miembros de un grupo social –en este caso las mujeres embarazadas de la ciudad de Chihuahua– se puede conocer la estructura cognitiva de un dominio de conocimiento y experiencia. A continuación se presenta el análisis respecto a los indicadores de una atención prenatal de calidad.

El gráfico 1 representa la estructura cognitiva a través de un dendrograma, en el que se definen los mismos tres grupos principales que corresponden con el sentido común utilizado en el cuadro 1. El dibujo está configurado “de cabeza”: la base define la totalidad de los conceptos y se pueden apreciar las agrupaciones por la distancia arriba de la base. En este caso, puede verse que la estructura cognitiva de este grupo de mujeres embarazadas se comprende por los tres grupos de conceptos arriba mencionados. Entre más alto es su nivel de semejanza (escala a la izquierda del gráfico) más cohesiva (coherente) es la estructura cognitiva. En este caso la máxima semejanza existe en los elementos 17 y 18, suficiente equipo e instrumental en la clínica, seguido por instalaciones higiénicas y agradables (puntos 8 y 9).

En ese gráfico se puede apreciar que algunos elementos forman grupos sucintos; por ejemplo, el grupo de “orientación”, mientras que otros grupos se componen por subgrupos. Este es el caso del grupo B, referente al médico y a las consultas, en el que se puede apreciar que existen tres subgrupos, uno referente a los aspectos técnicos de la consulta (chequeo completo y delicado de la madre y del bebé –elementos 4, 5 y 6– que al parecer definen para estas mujeres el grado de interés del médico por su embarazo [elemento 11]). Otro subgrupo hace referencia al trato interpersonal, que al parecer se relaciona con la continuidad de la atención (es decir, que es más probable que uno puede recibir un trato atento y amable si siempre ve al mismo médico); y un tercer subgrupo que corresponde al tiempo dedicado a cada consulta y el respeto de las citas. La situación del elemento “sonografía en cada consulta”

(número 3) nos dice que, para ellas, eso depende de tener suficiente tiempo para hacerlo, algo que al parecer piensan que puede suceder dada una continuidad de atención (“mismo doctor durante el embarazo”). En el grupo C, referente a la clínica, se puede deducir que, para estas mujeres embarazadas, el concepto “agradable” (elemento 7) depende de instalaciones higiénicas y cómodas (elementos 8 y 9), al igual de la disponibilidad de medicamentos y suficiente equipo e instrumental (elementos 17, 18 y 19) (ver gráfico 1).

La interpretación del agrupamiento de los elementos de calidad arriba explicado es útil para entender los resultados de la escala multidimensional que se presentan a continuación.

Con tal representación se puede entender la manera de pensar de los miembros de un grupo social –en este caso, las mujeres embarazadas de Chihuahua–, con el fin de poder hablar con ellas en sus propios términos sobre los conceptos más presentes para ellas. Este tipo de información tiene implicaciones profundas para el desarrollo y comunicación de los conceptos de calidad de atención prenatal.

**Gráfico 1.**

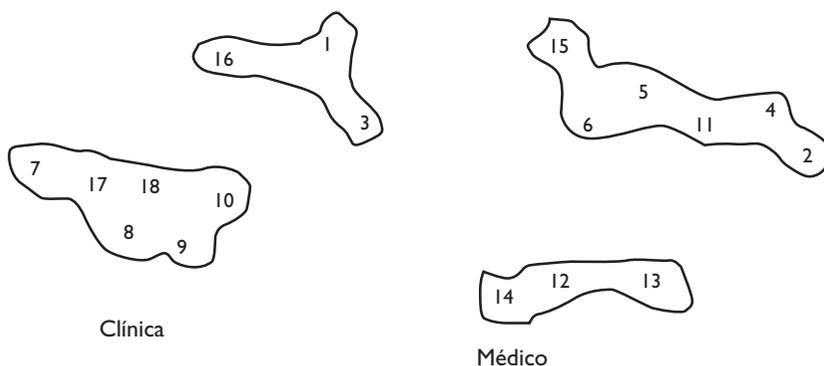
**Diagrama conglomerado (dendrograma) de los indicadores de embarazo**

Nivel	Grupo A: Orientación				Grupo B Referente al médico y a las consultas						Grupo C: Referente a la clínica								
	1	2	4	4	6	5	1	2	5	3	1	6	8	9	7	0	7	8	
0.9167	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.xxx	
0.8333	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.xxx	.	.	.	.	.xxx	
0.7500	.	.	.	.	.	.xxx	.	.	.	.	.	.	.xxx	.	.	.	.	.xxx	
0.7222	.	.	.	.	.xxxxx	.	.	.	.	.	.	.	.xxx	.	.	.	.	.xxx	
0.6667	.	.xxx	.	.	.xxxxx	.	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxx	.	.	.	.	.xxxxx	
0.6389	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxx	.	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxx	.	.	.	.	.xxxxx	
0.6250	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxx	.	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx	
0.6000	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxx	.	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx	
0.5625	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxxxx	.	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx	
0.5000	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxxxx	.xxx	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx
0.3667	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxxxxxxxx	.	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx
0.3611	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxxxxxxxx	.xxx	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx
0.2283	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxxxxxxxx	.xxx	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx
0.1513	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxxxxxxxx	.xxx	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx
0.0556	.xxx	.xxx	.	.	.xxxxxxxxxxx	.xxx	.	.	.	.xxx	.	.xxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.xxxxxxx	.	.	.	.xxxxxxx

Cuadro I. Agrupación por semejanza juzgada de los indicadores del embarazo		
Indicadores Grupo A	Indicadores Grupo B	Indicadores Grupo C
Orientación con palabras sencillas (13) Orientación completa (12) Orientación por escrito (14)	Chequeo del bebé en el vientre (4) Revisión delicada del médico (6) Chequeo completo de la embarazada (5) Interés del médico por embarazo (11) Médico atento y amable (2) Mismo doctor durante el embarazo (15) Sonografía en cada consulta (3) Citas respetadas (1) Horarios suficientes para consulta (16)	Instalaciones cómodas en la clínica (8) Instalaciones higiénicas en la clínica (9) Instalaciones agradables en la clínica (7) Medicamentos disponibles (10) Suficiente equipo en la clínica (17) Suficiente instrumental en la clínica (18)

Como las etiquetas distorsionan la relación espacial, se presenta la figura sólo con los números (que corresponden a la enumeración de los conceptos del gráfico 1) de la representación dendrográfica (ver figura 2).

**Figura 2.**  
Representación visual en dos dimensiones de la agrupación de indicadores de la atención prenatal



El escalamiento multidimensional en dos dimensiones representa la estructura cognitiva de los indicadores. Claramente una de las agrupaciones mayoritarias hace referencia a la clínica: por un lado, limpio, agradable, cómodo y bien equipado; por otro lado, los horarios de atención y la manera de manejar citas. Otro grupo espacial grande habla del trato del médico, tanto en el aspecto interpersonal como técnico; un grupo pequeño relacionado con ese grupo grande hace referencia a todos los tipos de orientación. Según este análisis, un grupo de factores se puede definir como “trato del médico” (en sus diferentes formas), y el otro puede señalarse como “función de la clínica” (en sus varios aspectos) (ver figura 3 para las etiquetas).

Los resultados hasta ahora presentados dan cuenta, primero, de los aspectos que son importantes para la mujer en el momento de acudir a las instituciones de salud para su atención prenatal en términos de satisfactores. Luego la agrupación de conceptos permitió visualizar la organización de los satisfactores, con lo que se da cuenta del dominio cultural de calidad de atención prenatal definido y experimentado por las mujeres embarazadas entrevistadas. Esta información es relevante porque permite una aproximación entre los/las proveedores/as de los servicios de salud y las perspectivas de las usuarias de estos servicios, lo cual, a su vez, promueve una interacción real entre las instituciones de salud y los grupos de mujeres, interacción que mejoraría significativamente la calidad de la atención percibida por ellas.

**Figura 3.**  
**Representación visual en dos dimensiones de la agrupación de indicadores de la atención prenatal**



**Análisis respecto a los indicadores del parto**

El dendrograma presenta tres grandes aglomeraciones: 1) Grupo de importancia del personal médico y enfermería (grupo A); 2) Grupo de suficiencia en la clínica y hospital en varios rubros (grupo B); y 3) Grupo de indicadores que se relacionan con información y autorización de acciones por la usuaria (grupo C).

El grupo 1 contiene dos subgrupos. El primer subgrupo consiste en la buena atención del médico y el buen trato de la enfermera, cerca de este subgrupo hay un elemento: atención rápida. El segundo subgrupo solicita suficientes enfermeras y suficientes médicos en la clínica.

El grupo dos está conformado por los siguientes conceptos: suficiente equipo en la clínica y suficiente medicamento en la clínica y hospital. Cerca se encuentra el indicador hospital y clínica higiénica, así como suficientes materiales en la clínica y hospital e instalaciones adecuadas.

El último grupo cuenta con dos subgrupos: suficiente información durante el parto, número de tactos requeridos y acciones autorizadas por la usuaria. El siguiente subgrupo está conformado por acompañamiento del esposo en el parto y parto natural de preferencia, así como suficiente información durante el parto y número de tactos requeridos (ver gráfico 2 y cuadro 2).

**Gráfico 2.**

**Diagrama conglomerado de los indicadores de parto**

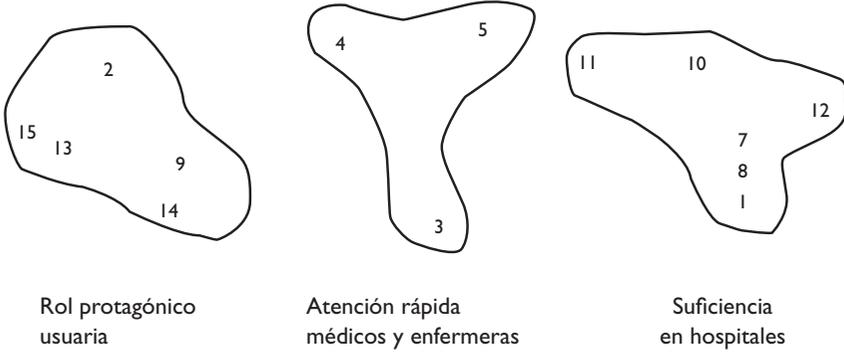
	Grupo A Importancia del personal médico y enfermería			Grupo B Que haya todo lo suficiente en la clínica						Grupo C Información y pedir autorización a la usuaria					
	3	4	5	0	1	1	6	7	8	2	2	4	9	3	5
Nivel															
0.9167	.	.	.	.	.	.	x	x	x	.	.	.	.	.	.
0.8056	.	.	.	.	.	.	x	x	x	x	x	.	.	.	.
0.7500	.	.	.	x	x	x	.	x	x	x	x	.	.	.	.
0.7278	.	.	.	x	x	x	x	x	x	x	x	.	.	.	.
0.7156	.	.	.	x	x	x	x	x	x	x	x	.	.	.	.
0.6667	.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	.	.	x	x
0.5883	.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	.	.	x	x
0.5000	.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	.	.	x	x
0.4167	.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	.	x	x
0.3944	.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	.	x	x
0.3704	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
0.3369	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
0.1398	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

<b>Cuadro 2.</b> <b>Agrupación por semejanza juzgada de los indicadores de parto</b>		
<b>Indicadores Grupo A</b>	<b>Indicadores Grupo B</b>	<b>Indicadores Grupo C</b>
Atención rápida (3) Buena atención del médico (4) Buen trato de la enfermera (5) Suficientes médicos (11) Suficientes enfermeras (10)	Hospital y clínica higiénica (1) Suficiente equipo en la clínica (6) Suficiente medicamento en la clínica (7) Suficientes materiales en la clínica (8) Instalaciones adecuadas (12)	Compañía del esposo en el parto (2) Parto natural de preferencia (14) Suficiente información durante el parto (9) Número de tactos requeridos (13) Acciones autorizadas por la embarazada (15)

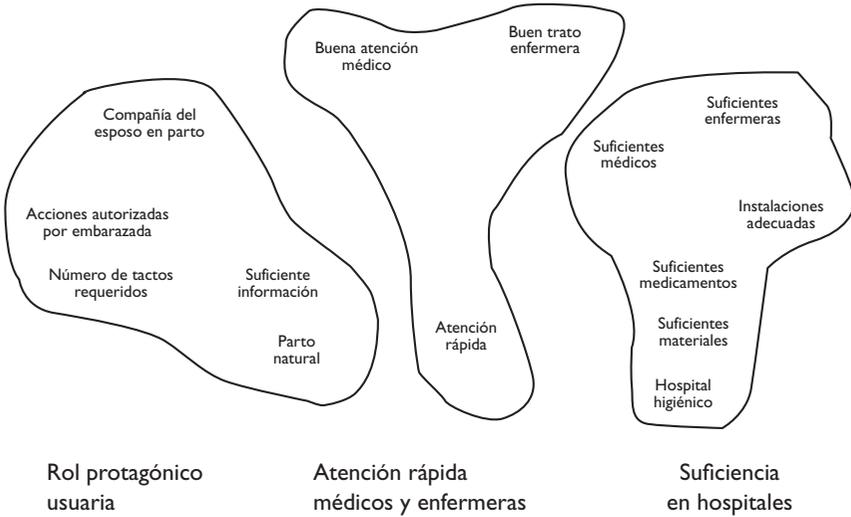
En el escalamiento multidimensional se observa la cercanía de los indicadores 15, 13, 2, 9 y 14. Estos indicadores reflejan un rol más protagónico, mayor control sobre su cuerpo como lo es un número de tactos requeridos, la elección de tener un parto natural y acciones autorizadas por ellas mismas; por otro lado, la compañía del esposo en el parto. Hay un grupo espacial menor que se relaciona con el anterior grupo y es 4, 5 y 3 referentes a buena atención del médico, buen trato de la enfermera y atención rápida.

El siguiente grupo mayor es 11, 10, 7, 8, 1 y 12 referentes a suficientes médicos en la clínica, suficientes enfermeras en la clínica, suficiente medicamento en la clínica, suficientes materiales en la clínica y hospital; además, hospital y clínica higiénica y, por último, instalaciones adecuadas. Conforme a este análisis, una dimensión se puede definir como protagonismo de la usuaria en la atención del parto (en sus varios aspectos) junto con una atención buena y rápida tanto del médico como de la enfermera, y la segunda dimensión en relación con suficiencia dentro de las instalaciones de las clínicas y hospitales (en sus varios rubros) (ver figuras 4 y 5).

**Figura 4.**  
**Representación visual en dos dimensiones de la agrupación de indicadores de parto**



**Figura 5.**  
**Representación visual en dos dimensiones de la agrupación de indicadores de parto**



## CONCLUSIONES

Se ha presentado una metodología novedosa para la integración de percepciones sobre la atención a la salud, la cual puede proveer información valiosa como estrategia de las instancias de salud pública de atender a una mayor proporción de la población y así lograr cubrir en mayor grado sus metas de prevenir enfermedad y mejorar la salud de la población.

Este uso novedoso de la metodología cognitiva representa una visión sobre una posible orientación dirigida a la planeación estratégica de la salud pública, en su esfuerzo por conservar recursos y mejorar la calidad de la atención. En tanto ciertos aspectos de la calidad de la atención, como infraestructura, equipo, medicamentos, aspectos de organización del trabajo y utilización de los recursos humanos pueden ser evaluados y mejorados, los asuntos demandados por el usuario –como tener una mejor relación con los prestadores de los servicios de salud– son más difíciles de perfeccionar, ya que las necesidades, percepciones y expectativas son construcciones sociales y culturales complejas.

Por medio de las entrevistas etnográficas se reconstruyeron las historias de 18 mujeres en cuanto a sus anteriores experiencias con el sistema de salud y durante su atención del embarazo y parto. Se encontró que la atención brindada a las mujeres en los servicios institucionales no sólo es deficitaria sino, además, excluyente, con una visión institucional unilateral que deja de lado la expresión y voz de las mujeres en quienes recaen las acciones del personal médico.

A pesar de que este personal aduce que las usuarias no tienen conocimiento sobre la atención médica, muchas de las mujeres embarazadas entrevistadas expresaron nociones sobre lo que acontece en una revisión médica de control prenatal por experiencias previas o comentarios de otras mujeres embarazadas. De esta manera, las usuarias pueden evaluar si la revisión que se les efectuó fue completa.

Además, las mujeres embarazadas entrevistadas buscan una interacción con el o la prestadora del servicio médico, en la que se pueda establecer un vínculo de confianza que facilite la comunicación para preguntar y expresar sus dudas. Es de relevancia la noción de derechos entre las mujeres entre-

vistadas: “[...] Que te den la importancia o atención como persona que eres y que es uno de los derechos [...]”.<sup>21</sup> El trato brusco e indiferente, la no explicación de los procedimientos, el regaño... son, cada una de estas expresiones, un reflejo del no reconocimiento de los derechos reproductivos: “[...] Que no fueran muy toscos para examinarme y para hablarme, no me gusta. Pues en la forma de palparte, por ejemplo cuando uno va con dolor de estómago, le preguntan –le duele aquí–, pues sí duele, pero porque el doctor está enterrando los dedos.”<sup>22</sup>

En pocas palabras, las necesidades sentidas y expresadas en el embarazo pueden agruparse en emocionales y físicas, y coinciden con el estudio de Jasis (2000). Por ejemplo, se pueden considerar necesidades emocionales aspectos involucrados en la interacción médico-paciente, como reconocer la importancia y dar atención como persona. Necesidades físicas como la realización de todos los análisis necesarios para el buen estado de salud del bebé y de la embarazada. Esta definición bifurcada coincide con el modelo de Donabedian y la Cruzada Nacional de Salud.

Sin embargo, los indicadores específicos de calidad con los cuales las usuarias forman sus apreciaciones, no son idénticos. Los indicadores de calidad interpersonal especificados por la Secretaría de Salud aparecieron en los relatos de las usuarias como necesidades para una atención prenatal de calidad. También fueron mencionados aspectos semejantes, como una actitud comprensiva e interesada por los sentimientos de la embarazada por parte del prestador del servicio de salud, con disponibilidad para aclarar dudas y otorgar orientación por escrito. Otros elementos de una atención de calidad para las usuarias son la revisión delicada y por parte del mismo médico durante todo el embarazo.

La calidad técnica ha estado definida por la Secretaría de Salud, como: resultados, indicadores (tiempo de espera, recetas surtidas y porcentaje de usuarios satisfechos), atención médica efectiva, eficiente, ética y segura. Para las mujeres de este estudio, los aspectos de la calidad técnica caen en parámetros de un chequeo completo tanto de la embarazada como del bebé en el vientre,

<sup>21</sup> Entrevista efectuada el 6 de agosto de 2002.

<sup>22</sup> Entrevista efectuada el 7 de agosto de 2002.

así como ultrasonido en cada consulta. Además les preocupan características de la planta física de la clínica u hospital, como son que las instalaciones estén agradables, cómodas e higiénicas, con suficiente equipo e instrumental. Asimismo, se preocupan por algunos aspectos organizacionales como tener medicamentos disponibles, horarios suficientes y citas respetadas.

Este estudio ha vislumbrado la visión de calidad de atención prenatal y parto experimentada por las usuarias. Obviamente es distinta a la visión creada por el sistema de salud. La contribución de la organización cognitiva de los conceptos de la calidad de control prenatal y parto, es que puede ayudar al sistema de salud y a los prestadores de atención a definir una estrategia para mejorar la percepción de calidad y así fortalecer la continuidad institucional de los derechohabientes. Mientras que el sistema distingue dos vertientes de calidad –la interpersonal y la técnica– las usuarias identifican dimensiones que hemos nombrado “trato del médico” y “clínica”. Para ellas, la dimensión “médico” corresponde a la vertiente “interpersonal” del sistema de salud, y la dividen en dos: el trato médico y la información proporcionada por el médico. Según ellas, el trato médico incluye algunos aspectos técnicos, como el chequeo completo de la embarazada y del bebé en el vientre; asimismo, algunos aspectos organizacionales como contar con el mismo doctor durante todo el embarazo. A la dimensión técnica –nombrada “clínica”– agregan otros aspectos organizacionales referentes a horarios y citas, así como el ultrasonido en cada consulta. Para las mujeres embarazadas, los aspectos técnicos tienen más que ver con el abastecimiento de medicamentos, suficiente instrumental y equipo, y las instalaciones agradables, cómodas e higiénicas.

Las lecciones a ser aprendidas involucran la idea de que se debe considerar al individuo integral y a su ambiente, inclusive con sus propias interpretaciones del conjunto. Ya no es suficiente la “aplicación” de conocimiento médico a las personas sujetas al alcance del sistema médico, especialmente cuando esas personas no están realmente “enfermas” y se puedan beneficiar de la incorporación de conocimientos adecuados para permitirles cuidar su propia salud y aplicar criterios adecuados de atención a su salud.

En el caso de las percepciones de calidad de atención prenatal, el hecho de que la usuaria de los servicios de atención prenatal pueda naturalmente

definir qué siente, piensa e imagina en relación con la calidad de la atención prenatal conlleva a recuperar, posibilitar e incluir su palabra dentro del proceso de atención a la salud proporcionada por las instituciones de sanidad.

La expectativa de este trabajo es que si las instituciones de salud incorporan los elementos que son importantes para las usuarias, el hecho repercutiría en la evaluación de la calidad de los servicios otorgados. En palabras de Menéndez (1997), se pretende dar la palabra a los objetos sociales que no la tienen, como el enfermo frente al médico, el saber médico popular frente al hegemónico, el derechohabiente respecto a las instituciones de seguridad social.

Se considera que con estas técnicas pueden precisarse los indicadores de calidad de acuerdo con la visión de la usuaria, con el objetivo de mejorar la percepción de calidad de atención y, por ende, la continuidad institucional de las derechohabientes. Sin embargo, no basta con que las instituciones de salud incorporen las necesidades de las usuarias dentro de la atención médica para garantizar una atención médica de calidad, es necesario, también, que las instituciones de salud tengan capacidad técnica de vanguardia para responder de manera eficiente a la población. Esto último resulta difícil debido a que la práctica médica institucional en México ha sufrido un gradual deterioro, en las últimas dos décadas; periodo que coincide con las crisis económicas del país y la implantación de las políticas económicas neoliberales.

El creciente deterioro de la atención médica se ha dado por múltiples factores, entre otros: disminución de recursos económicos que merman los insumos en medicinas, instrumental, material de curación y laboratorio, así como el aumento del número de derechohabientes sin que se incremente el personal médico ni las instalaciones.

La propuesta de este trabajo fue contribuir a la discusión de la calidad de la atención médica durante la etapa prenatal y del parto, desde la perspectiva de un grupo de mujeres embarazadas. Este abordaje se esbozó bajo tres lentes: el del proceso de calidad adoptado por las instituciones de salud, las propuestas alternas de procesos de calidad en las que se subraya la incorporación de las usuarias en el proceso de calidad de la atención, y el énfasis en la necesidad de otorgar una atención médica de calidad al reconocerla como un derecho ciudadano.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baer, R. y cols. (1999). Cross-Cultural Perspectives on the Common Cold: Data from Five Populations. En: *Human Organization* (vol. 58. núm. 3, pp. 251-260).
- Berlin, Brent; Breedlove, D. E. y Raven, Peter (1974). *Principles of Tzeltal Plant Classification: An Introduction to the Botanical Ethnography of a Mayan-Speaking People of Highland Chiapas*. Nueva York: Ed. Academic.
- Bernard, H. R. (1995). *Research methods in Anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. Ed. Altamira.
- Borgatti, S. (1996). *Anthropac 4.0. Methods Guide*. Analytic Technologies.
- Camarena, L., González, M., Hernández, F., Sanín, L. (1992). *Continuidad, Adecuación, Calidad y Asignación de la Atención Médica Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo en el Estado de Chihuahua*. México: NUREDESS-Norte. Tijuana.
- Camarena, L; Gómez, L. (1997). *Calidad de la Atención de la Salud Reproductiva. Caso de Mujeres Referidas por Puestos de Salud. Synthesis.U.A.Ch.* (año 1, vol. 1. núm. 4). Chihuahua, Chihuahua.
- Campero, L., et al. (2000). Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, doulas y el personal clínico del hospital. En Stern, C. y Echarri, C. (comp.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México: Colmex.
- Castro, C. (2004). Cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica. *Revista de El Colegio de Sonora* (vol. XVI, núm. 30 mayo-agosto, pp. 43-83).
- Cervantes, A. (1999). Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: Una propuesta analítica. En: García, B. (coord.). *Mujer, género y población en México* (pp. 363-429). México: Colmex-Somede.
- Colby, B. (1996). Cognitive Anthropology. En: *Encyclopedia of Cultural Anthropology* (vol. 1, pp. 209-214). David Levinson y Melvin Ember (eds.). Nueva York: Henry Holt & Company.
- Collier, G. A. (1973). Review of Baswico Color Terms. En: *Language* (vol. 49, pp. 245-248).
- Collier, G.A., et al. (1976). Further Evidence for Universal Color Categories. En: *Language* (vol. 52, pp. 884-890).

- Creel, I. *et al.* (2002). Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. En: *Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención (núm. 1)*. Ed. Population Council y Population Reference Bureau (p. 1).
- Checa, S. (1997). La salud reproductiva en la perspectiva de los profesionales de la salud. Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. *Foro de los derechos reproductivos*. Buenos Aires (Ponencia).
- Davies, G. (1995). Servicios alternativos de salud reproductiva y calidad de atención: una experiencia del Centro Flora Tristan. Paper presented at *Conference on Gender and Quality of Care in Reproductive Health Services*, San Salvador, El Salvador, PAHO.
- D'Andrade, R. (1984). Cultural Meaning System. En: *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*, R. A. Shweder y R.A. Levine, (comps.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A. (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. México: INSP.
- Elu, M. (1990). La salud de la mujer en la crisis. En: *Salud y crisis en México*. Textos para un debate. Almada, I. (coord.). México: Ed. Siglo XXI.
- Figuroa, J. (1999). Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana. En: Ortiz-Ortega, A. (comp.). *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México* (pp. 147-190). México: Edamex-UAM.
- Fisher, S. (1986). *In the Patient's Best Interest. Women and the Politics of Medical Decisions*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Fisher, S. y Groce, S. (1985). Doctor-patient Negotiation of Cultural Assumptions. En: *Sociology of Health and Iones* (vol. 7(3), pp. 342-374).
- Fraser N. (1991). La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate feminista* (núm. 3, marzo).
- García, C. Perspectiva de género: Notas críticas sobre la relación entre la acción política y la teoría. En: Zuleta, M. y cols. (2007). ¿Uno solo o varios mundos?

- Diferencia, subjetividad, y conocimientos en las ciencias sociales contemporáneas (p. 181). Colombia: Siglo del Hombre Editores.
- García de Alba, J. *et al.* (1998). Consensus Analysis: High Blood Pressure in a Mexican Barrio. En: Munck, V., y Sobo, E. *Using Methods in the Field. A Practical Introduction and Casebook* (pp. 197-210). AltaMira Press. EUA.
- Gerschman, S. (1991). Movimientos sociales de salud: en la búsqueda de la reconstrucción social. En: Fleury, S. (org.). *Estado y políticas sociales en América Latina* (pp. 255-275). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Gilson, L.; Magomi, M.; Mkanga, E. (1995). The Structural Quality of Primary Health Facilities. En: *Bulletin of the World Health Organization* (vol. 73, pp. 105-115).
- Gun, R. (1998). Kids Like Candy. En: Munck, V., y Sobo, E. *Using Methods in the Field. A Practical Introduction and Casebook* (pp. 98). EUA: AltaMira Press.
- Haddad, S. *et al.* (1998). What Does Quality Mean to Lay People? Community Perceptions of Primary Health Care in Guinea. En: *Social Science and Medicine* (vol. 47, pp. 381-394).
- Hoyos, P. (1991). *El concepto de calidad en los servicios de atención a la salud*. Mimeo. COLEF.
- Jasis, M. (2000). A palabras de usuaria... ¿Oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur. En: Stern, C., y Echarri, C. (comp.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación* (pp 97-146). México: Colmex.
- Jay, E. (2003). Poniéndole género a la agenda: impacto del movimiento transnacional de derechos de la mujer en las conferencias de la ONU, en los 90. (pp 1-3) <http://www.laneta.apc.org/cgi-bin/WebX?230@38.05x7a-YAsBmf^0@.ee729d4>
- Lamas, M. (2001). Política y reproducción. *Aborto: la frontera del derecho a decidir*. México: Plaza & Janés.
- Learmonth, M. (2003). Making Health Services Management Research Critical: a Review and Suggestion. En: *Sociology of Health & Illness* (vol. 25, núm. 1, pp. 93-119).
- Londoño, M. (1995). Servicios de salud para la mujer: enfoque humanista. Paper presented at Conference on *Gender and Quality of Care in Reproductive Health Services*. San Salvador, El Salvador: PAHO.
- López, O., y Blanco, J. (1993). *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

- Matamala, M.; Berlagosky, F.; Salazar, G; Nuñez, L. (1994). Calidad de en salud reproductiva desde un enfoque de género: Investigación en salud reproductiva desde un enfoque de género: Investigación Cualitativa con mujeres beneficiarias de los servicios de salud metropolitana Occidente. Mimeo. Santiago de Chile: Colectivo Mujer y Medicina Social (COMUSAMS-ACHNU).
- \_\_\_\_\_ (1998). Gender-relater Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services. En: *Reproductive Health Matters* (vol. 6, núm. 11, pp. 10-21).
- Menéndez, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En: *Relaciones* (núm. 69).
- Molyneux, M., y Craske, N. (2002). The Local, the Regional and the Global: Transforming the Politics of Rights. En: Molyneux, M., y Craske, N. (2002). *Gender and the politics od rights and democracy in Latin America*. Great Britain: Palgrave.
- Ortiz-Ortega, A. (comp.). (1999). *Los derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México*. México: Edamex.
- \_\_\_\_\_ y Helzner, J. (2003). Opening Windows to Gender: A Case Study in a Mayor International Population Agency. En: *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* (vol. 10, pp. 129-152).
- Passos Nogueira R. (1993). La gestión de calidad total en la perspectiva de los servicios de salud. Qualidade na perspectiva dos servicios da saude. Unpublished monograph.
- Roemer, M y Montoya-Aguilar, C. (eds). (1989). *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Romero M. Rumbo a los 10 años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994. Una mirada del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población en México (FNMP) (p. 1) <http://www.laneta.apc.org/foropob/boletines/poblacionmaru.doc>
- Rothman, B. K. (1978). Childbirth As Negotiated Reality. En: *Symbolic Interaction* (vol. 1, núm. 2, pp. 124-137).
- Ruelas, E. y Zurita, B. (1993). Horizontes de la calidad de la atención a la salud. En: *Salud Pública de México* (vol. 35, núm. 3, pp. 235-237).
- Ruelas, E. y Querol, J. (1994). Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. En: *Fundación Mexicana para la Salud* (pp. 218-230). México.

- Sesia, P. (1996), "Women come here on their own when they need to: prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca", en: *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, núm. 2. pp 121-140.
- Schensul, J. J., & LeCompte, M. D. (1999), *Ethnographer's Toolkit*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Shepard, Romney and Nerlove (1972). *Multidimensional Scaling: Theory and applications in the behavioral sciences*. Seminar Press.
- Tood, A. (1989). *Intimate adversaries. Cultural conflict between doctors and women patients*. Philadelphia. University of Philadelphia Press.
- Torres, V. (1998). *Choice behavior relevant to the prenatal experience of working-class women in Tijuana, Baja California: The case of female "maquiladora" workers*. Doctoral Dissertation. University of California.
- Tyler, S. A. (ed.) (1969). *Cognitive Anthropology*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- UNFPA (1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing. China. [www.unfpa.un.hn/documentos.html](http://www.unfpa.un.hn/documentos.html)
- Van Dick, M. (2002). *Cultura de la calidad. Caso SNTSS, Jalisco*. Ponencia presentada en el II Curso de alto nivel de calidad y mejora continua en servicios de salud. Ensenada, B.C.
- Weller, S., and Romney, K. (1988). *Systematic data collection*. Newbury Park. Sage Publications.
- White, G. M. (1982) "The ethnographic study of cultural knowledge of mental disorder", en: A. J. Marsella and G.M. White. *Cultural Concepts of Mental Health and Therapy*, eds. Dordrecht, Holland: D Reidel Publishing Co.



# LA CONSULTA MÉDICA, ¿UN ESPACIO PARA EJERCER DERECHOS?<sup>1</sup>

MARÍA DEL CARMEN CASTRO VÁSQUEZ<sup>2</sup>

## INTRODUCCIÓN

La consulta médica es un espacio privilegiado para observar las acciones, estrategias y mensajes sobre la apropiación, fomento, ejercicio, obstaculización e interferencias a los derechos de las mujeres, en el cuidado de su salud reproductiva, así como la expresión de género y la cultura médica. En este espacio se expresa y se objetivan una serie de derechos en salud vinculados con la ciudadanía, como la toma de decisiones con autonomía, parte constituyente del derecho a una atención médica de calidad que a su vez forma parte de un conjunto de derechos sociales de las personas en la atención a su salud.

---

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte de los resultados de la investigación de tesis doctoral: “Aunque uno conozca sus derechos, pero si no sabe luchar...”. El derecho a una atención de calidad de las mujeres con problemas mamarios desde una perspectiva sociológica”, presentada para optar por el grado de Doctora en Ciencias Políticas y Sociales con orientación en Sociología; Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. Jurado en el examen de Grado: Esperanza Tuñón, Juan Guillermo Figueroa, Joaquina Erviti, Angélica Cuéllar, Adriana Ortiz y Carolina Agoff; director de tesis: Roberto Castro. La tesis doctoral, después de una exhaustiva revisión y dos dictámenes anónimos, fue aprobada para su publicación como libro por El Colegio de Sonora, actualmente en prensa.

<sup>2</sup> Ma. del Carmen Castro Vásquez es Doctora en Ciencias Políticas y Sociales, con Orientación en Sociología por la FCPYS-UNAM e integrante del Centro de Estudios en Salud y Sociedad, de El Colegio de Sonora ([ccaastro@colson.edu.mx](mailto:ccaastro@colson.edu.mx)).

Desde esta perspectiva, el estudio de la calidad de la atención en los servicios de salud se construye como un objeto de estudio sociológico que rebasa la mirada técnico-administrativa, la cual, por cierto, en México se ha basado principalmente en una visión gerencial y eficientista, y lo ubica en el marco del ejercicio de la ciudadanía al incorporar otros elementos constitutivos de dimensión sociopolítica, económica, ideológica y cultural, expresados en los distintos niveles de la atención médica. Bajo este enfoque, el análisis de la calidad de la atención permite reconocer problemas como la verticalidad en la relación médico-paciente,<sup>3</sup> el dominio del saber médico y los mecanismos a través de los cuales se reproducen prácticas violatorias de derechos en los servicios de salud.

El objetivo del presente trabajo es presentar resultados de investigación sobre cómo se lleva a cabo el derecho a la información, la privacidad y la dignidad de las pacientes con patología mamaria benigna y cáncer de mama en la consulta médica, y cómo se realiza la toma de decisiones en los procesos de atención. Una motivación central para realizar este estudio es que consideramos que las prácticas violatorias alrededor de estos derechos atentan contra la autonomía de las mujeres. En este sentido, es importante destacar que la patología mamaria forma parte de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y los pechos son una parte constitutiva de su sexualidad, por lo que la posibilidad de sufrir una mutilación en sus principales órganos de femineidad complica una detección oportuna del problema.

La investigación parte de un marco teórico que reconoce la presencia de condicionantes macro y microsociales en la cotidianidad de la atención médica. Por ello, los conceptos principales utilizados en el análisis son: *habitus*, campo social, violencia simbólica y dominación de P. Bourdieu, así como elementos provenientes de la sociología médica, con un enfoque de conflicto (Del Vecchio y Good, 2000; Waitzkin, 1991; Freidson, 1978), que explica la relación médico-paciente y caracteriza el espacio de la atención

---

<sup>3</sup> Nos referimos al binomio “médico-paciente” en términos teóricos, reconocida como categoría en la literatura, pero admito que esta forma tomada como una expresión genérica que incluye tanto a médicos/as y pacientes varones y mujeres no hace justicia al espíritu de reconocimiento de la valía de cada uno de ellos. Se hace un uso genérico de otros términos como “prestador” o “los prestadores”, “el médico”, que tienen el mismo sustento.

y la profesión médica. Nuestro marco teórico ha sido complementado con aportaciones desde la perspectiva de género, pues ésta nos permite profundizar el análisis de algunas dimensiones como el manejo de estereotipos genéricos en la relación médico-paciente; la pertinencia del enfoque de género en el estudio de la atención de la patología mamaria resulta de mayor relevancia si tomamos en cuenta que dicha patología representa un problema de salud relacionado de manera cercana con la sexualidad y reproducción de las mujeres.

Esta es una investigación de corte cualitativo que incluyó como técnicas de recolección la observación no participante en la consulta médica externa en ginecología, entrevistas en profundidad a mujeres pacientes y entrevistas semiestructuradas a médicos. El trabajo se organiza en cinco apartados: 1) andamiaje conceptual, 2) acotación metodológica, 3) contexto epidemiológico y sociocultural del cáncer de mama, 4) la consulta médica: un espacio para ejercer derechos y 5) comentarios finales.

### **Andamiaje conceptual**

Bourdieu integra, a través de los conceptos *habitus* y *campo*, los niveles macro y microsociales en el estudio de los problemas y fenómenos sociales; a partir de ellos, el autor elabora otros conceptos que explican su constitución, reproducción y mantenimiento, así como su traducción a prácticas que construyen la cotidianidad, las transformaciones sociales y el mantenimiento de las estructuras. El concepto de *habitus* permite entender que el desempeño dominante de los médicos y las conductas subordinadas de las mujeres en la consulta médica, obedece a una construcción social enmarcada por la cultura médica, esencialmente vertical y jerárquica. A pesar de que esta característica afecta a pacientes varones y mujeres, son estas últimas quienes expresan una triple subordinación: ser paciente, mujer y pobre. Según define Bourdieu, el *habitus* es “(un) sistema de disposiciones duraderas y transferibles, *estructuras estructuradas* predispuestas para funcionar como *estructuras estructurantes* [...]” (1991:92), es decir, el *habitus* es un *producto social* al mismo tiempo que *es productor social*. Al ser una *estructura estructurada* representa una serie de disposiciones a actuar, sentir, pensar y percibir, no adquiridas en forma innata o “natural”, sino social y concretamente “en

relación a la posición que los agentes ocupan en el sistema y de la acción pedagógica que ejerce sobre sus agentes”, y al ser una *estructura estructurante*, se entiende como un “operador de cálculo inconsciente que nos permite orientarnos correctamente en el espacio social sin necesidad de reflexión” (Bourdieu, 2001:26).

En términos sencillos, el habitus es el sentido práctico de las personas, lo que saben “de lo que hay que hacer en una situación determinada” (Bourdieu, 1997:40), y representa la conjunción de los distintos niveles de la realidad social. Nuestra investigación constató que las pacientes “saben” cómo deben comportarse en la consulta y frente a los médicos, al mismo tiempo que expresan su cultura, biografía y condicionantes socioeconómicas. El habitus se expresa cuando las mujeres aceptan las condiciones y reglas, escritas y no escritas, al mismo tiempo que participan en el mantenimiento de las estructuras de la organización y las prácticas médicas.

La atención médica, obvio decir, pertenece al campo médico, el cual debe considerarse como un campo social específico, pues contiene prácticas propias y una lógica que explica su constitución como tal. Bourdieu define el *campo* como “una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones [que] se definen objetivamente en sus existencias y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, [por su] distribución de las diferentes especies de poder (o de capital)” (Bourdieu y Wacquant, 1995:64).

La lucha por los diferentes capitales se da al interior del campo médico, pero también, en menor expresión y a veces tangencialmente, en la consulta médica. Las posiciones se verán más o menos constreñidas de acuerdo con la distribución de los distintos poderes, es decir, la estructura del campo de acción restringe o limita a los actores, sean individuos o colectividades, aunque “quienes dominan un campo están en posición de hacerlo funcionar en su beneficio, pero siempre deben tomar en cuenta las resistencias, las protestas, las reivindicaciones y las pretensiones, ‘políticas’ o no, de los dominados” (Bourdieu y Wacquant, 1995:68). En la consulta médica se lleva a cabo el encuentro de habitus, de médicos y pacientes, en donde las “reglas del juego” del campo no se cuestionan de manera explícita, sino más bien se dan por sentadas, con lo que son generalmente los médicos y la institución los favorecidos.

El capital cultural, llamado también capital informacional, está entre los distintos tipos de capital (económico, simbólico, político, cultural y social), que para el caso de los médicos resulta nodal y hace evidente el uso del poder del conocimiento especializado frente al lego, en este caso, de las mujeres pacientes. Respecto al capital social, éste es la suma de los recursos actuales o potenciales, en virtud de que poseen una red duradera de relaciones, conocimientos y reconocimientos mutuos más o menos institucionalizados, es decir, la suma de capitales y poderes que la red permite movilizar (Bourdieu y Wacquant, 1995:82). Dentro de la cultura, la figura del médico cuenta con este capital social que lo legitima como experto y hace que las posibles prácticas violatorias de derechos sean difíciles de cuestionar.

¿Cómo se vinculan dichos habitus con el campo en el que se desempeñan? Bourdieu señala que en la constitución del sujeto social, los distintos niveles de la realidad social se expresan en el vínculo indisoluble entre habitus y campo, que se debe sobre todo a “[la] relación de condicionamiento: el campo estructura el habitus... Pero también es una relación de conocimiento o construcción cognoscitiva: el habitus contribuye a constituir el campo como mundo significativo, dotado de sentido y de valía, donde vale la pena desplegar las propias energías (Bourdieu y Wacquant, 1995:87).

En el espacio de la atención a la salud existe una distribución desigual de capitales entre los sujetos-agentes, lo que imprime una de sus características principales: la jerarquización de las relaciones entre los actores, principalmente entre el gremio médico, y de éste con su objeto de atención, los pacientes. En algunas situaciones analizadas, lo anterior se expresa en términos de una dominación, al tener como objeto a las pacientes; esto se expresa en una serie de prácticas sociales en las que la violencia simbólica es uno de los mecanismos que la reproducen.

La violencia simbólica se traduce en la aceptación de las condiciones de los prestadores e instituciones de salud, muchas de las cuales atentan contra los derechos de las mujeres sin que esta situación sea reconocida como tal (“ya ve como son los médicos”), y que a veces se justifica con las propias palabras de los dominadores (“pobrecitos, ellos siempre tienen mucho trabajo”). Con estas prácticas, las mujeres contribuyen a su propia dominación, al desconocer y aceptar “este conjunto de premisas fundamentales, prerreflexivas, que (como) agentes sociales

confirman al considerar el mundo como autoevidente, es decir, tal como es y encontrarlo natural” (Bourdieu y Wacquant, 1995:120). Es decir, para el caso de las participantes de la investigación, se expresa el habitus de mujeres, pacientes y pobres, desde el cual no se cuestionan las condiciones en las que se lleva a cabo la consulta médica. Bourdieu explica que la violencia simbólica es

[...] suave, invisible, ignorada como tal, elegida tanto como sufrida, la de la confianza, el compromiso, la fidelidad personal, la hospitalidad, el don, la deuda, el reconocimiento, la piedad [que] se impone como el modo de dominación más económico por ser el más conforme con la economía del sistema (1991:214).

La violencia se matiza en distintos grados en la atención en la consulta médica y en la relación médico-paciente, no es necesariamente evidente, explícita y directa, pero existe; no es reconocida por las mujeres y los prestadores la mayoría de las veces, pero mantiene y reproduce una serie de prácticas que desde la óptica de los derechos de las mujeres, como ciudadanas y pacientes, se violentan, reforzando los habitus de quienes intervienen. La calidad de la atención pasa por estas prácticas violatorias que ponen en entredicho lo planteado en documentos normativos y programáticos de la salud reproductiva, que atienden derechos más amplios, como el respeto a la autonomía de las personas.

Bourdieu explica la dominación a través del concepto de violencia simbólica, como la forma más acabada de ejercerla: es

[...] el efecto indirecto de un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red de coacciones (*contraintes*) cruzadas que cada uno de los dominantes, igualmente dominados por la estructura del campo a través del cual se ejerce la dominación, sufre de parte de todos los otros (García Inda, 2001:21-22).

### **Calidad de la atención, ciudadanía y derechos**

El estudio de la *calidad de la atención* a la salud, desde una perspectiva sociológica, va más allá del enfoque organizacional y gerencial que lo ha caracterizado en las últimas décadas, tanto en su traducción práctica como en el enfoque conceptual. Analizar el concepto desde una perspectiva de

derechos como expresión de la ciudadanía, lo reposiciona como un objeto innegablemente sociológico, y deja de ser un problema técnico-administrativo de los servicios de salud, al incorporar otros elementos constitutivos de dimensión sociopolítica, ideológica y cultural expresados en los distintos niveles de la atención médica.

Como se observa, se identifican dos posiciones conceptuales, si no opuestas, sí muy diferentes en su postura teórica-política, que muestran la complejidad del concepto. Por un lado, se identifican como elementos constitutivos las dimensiones rectoras de estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1984, 1990; Ruelas, 1992), en el caso del enfoque donabedian, y por otro, un enfoque que parte de marcos sociales de equidad, género, educación y respeto a los derechos (Emerson, 1970; Matamala *et al.*, 1995), aplicados en aspectos como accesibilidad, aceptabilidad, eficiencia y eficacia, servicios adecuados según necesidades, satisfacción del paciente, información oportuna y consentimiento informado.

En México ha prevalecido<sup>4</sup> el enfoque gerencial y apenas recientemente, la definición se ha ampliado a través de una relectura del enfoque de los derechos humanos y sociales que complejiza, y reconoce ámbitos que habían quedado ausentes; en esto, mucho ha tenido que ver el activismo de grupos feministas que han luchado por la defensa de la salud de las mujeres (Ehrenreich y English, 1990; Tuñón, 1997) lo que ha generado una novedosa conceptualización en el análisis social de estos problemas. Dentro de este enfoque se han llevado a cabo estudios desde la perspectiva de género, a la luz de la discusión internacional sobre inequidad, desigualdad social y la relación entre las crisis económicas, pobreza, salud y género lo que muestra cómo se han recrudecido estas diferencias en años recientes debido a las políticas de ajuste estructural (Bianco, M. *et al.* 1998; Cook, 1995; OPS, 2000, 2004).

---

<sup>4</sup> En gran parte de la literatura no se reconoce explícitamente la diferencia entre los términos de “calidad de los servicios de salud”, “calidad de la atención”, “calidad de la atención médica” y “calidad en la atención a la salud”, sino que por su contenido se deduce que las diferencias se refieren especialmente a la amplitud y focalización del objeto de estudio, aunque su uso sea en muchas ocasiones indistinto (Donabedian, 1990, 1993a, 1993b; Ruelas, 1992, 1993; Bruce, 1998; Matamala *et al.*, 1995). Otros términos que denotan más claramente el énfasis de su enfoque, generalmente administrativo-gerencial, se refieren a “garantía de calidad”, “eficiencia y eficacia de los servicios de salud o de los programas de salud”, “eficiencia en la prestación”, “costo-beneficios de la atención”, entre otros.

En este contexto, la calidad de la atención ha sido problematizada por las teorizaciones realizadas en cercanía con las luchas de las mujeres que buscan impactar a las instituciones. Las mismas subrayan las implicaciones en asuntos vitales como la reproducción y sexualidad de las mujeres, y visibilizan su relación de subordinación en el trato con los médicos, así como una serie de prácticas violatorias de derechos humanos, en su acepción amplia, y de los derechos sexuales y reproductivos, en su acepción particular. En México este proceso, iniciado por las feministas en la década de 1980, ha sido documentado por distintos autores (Ortiz-Ortega, 1999b; Figueroa, 1999; Hinojosa, 2000; Lamas, 2001).<sup>5</sup>

El trabajo de Matamala *et al.* (1995) es ilustrativo porque dilucida, con base en una amplia investigación en terreno, cómo las mujeres expresan o no su ciudadanía en la gestión de la atención a la salud, a través de la categoría de bienestar, y cómo dicha ciudadanía es fomentada, potenciada u obstaculizada por los prestadores de salud. De esta manera, el problema de la calidad de la atención en salud se enlazó a problemas sociales más amplios, como la construcción de ciudadanía y derechos.

Ambos enfoques –el gerencial y el de derechos– tienen relevancia en el escenario actual de la atención a la salud, pues en el primer caso, este enfoque ha impactado los lineamientos y se observa en la práctica de la prestación de la atención; el segundo se aprecia más a nivel discursivo, aunque comienza a tener un impacto en las normas oficiales.

El concepto de *ciudadanía* se entiende como la capacidad de autodeterminación de los individuos, es decir, la autodeterminación como actor social (aludiendo a su sentido de actividad y participación), con autonomía para tomar decisiones, como sujeto de derechos y con capacidad de ejercerlos; denota una construcción netamente social y colectiva, su ejercicio se realiza a través de *derechos y obligaciones* que se establecen en las distintas normatividades que regulan el funcionamiento de la sociedad. Ser ciudadano denota una condición social y jurídica de construcción histórica; su ejercicio se observa a nivel

---

<sup>5</sup> Dos grupos internacionales que abrieron camino para la discusión del tema de la calidad de la atención de la salud reproductiva, así como para la construcción conceptual desde un enfoque de derechos y género son The Population Council y la Federación Internacional de Planificación Familiar (Ortiz-Ortega, 1999a, Ortiz-Ortega y Helzner, 2003).

colectivo e individual. Hablar de ciudadanía es referirse a derechos (derechos humanos, sociales, sexuales y reproductivos). El concepto de *derecho* “representa la cristalización de un proceso con temporalidad y espacialidad específicas, de vínculos continuos y discontinuos de relaciones conflictivas o no entre el Estado y la sociedad civil” (Cervantes, 2000:384). Así como Cervantes, otros autores (Weiner, 1997; Lister, 2003; Meer y Sever, 2004; Zurutuza, 1998; Ortiz-Ortega, 1999a) coinciden en señalar que la traducción de conceptos como el de derechos humanos, derechos sociales, y otros particulares como el derecho a la información, deben acotarse a los contextos sociohistóricos en los que se traducen las condiciones de posibilidad que permiten ejercerlos. Wiener (1997:20) señala que el enfoque histórico en el análisis de la ciudadanía aporta al entendimiento de los derechos de las mujeres, lo que vincula el género en la ciudadanía con la construcción de la identidad.

Al partir de la distinción de las formas en que mujeres y hombres acceden y hacen uso del derecho a la salud, de sus condicionantes socioculturales y políticas, así como el acceso a los servicios, las características universales de los derechos que sustentan la categoría de ciudadanía se diferencian en la cotidianidad de la experiencia en los servicios de salud;<sup>6</sup> los derechos de las mujeres en el cuidado de la salud se traducen y caracterizan por la posición de género, raza, sexo y clase, elementos constitutivos de su identidad. Por esto, la universalidad propia de los derechos humanos, se acotan, adaptan, negocian o francamente se limitan u obstaculizan, dependiendo de la posición social de las usuarias y las condiciones sociales de posibilidad. El enfoque sociohistórico de los derechos plantea el reto de trasladarlos a programas y prácticas contextualizadas en lo local, sin perder de vista los contenidos universales que caracterizan a los derechos humanos.

Sherwin discute, desde la teoría feminista, la forma en que la autonomía, como concepto abstracto y universal, esconde serias limitaciones en el reconocimiento de las diferencias al traducirse en la toma de decisiones de las mujeres. La autora propone el concepto de *autonomía relacional* (también llamada autonomía “contextualizada” o “socialmente situada”), como

---

<sup>6</sup> Entiendo por cotidianidad lo que sucede todos los días, las rutinas establecidas y aceptadas, que por lo mismo son familiares, cercanas; podría decirse que a este nivel se naturalizan las prácticas y percepciones. La cotidianidad facilita que se arraiguen prácticas que abonan u obstaculizan el ejercicio de derechos y la ciudadanía.

una forma de explicar y traducir el derecho a un contexto sociopolítico en particular, pero basada en los preceptos universales de los derechos humanos, con una connotación política, lo que rebasa el ámbito de las relaciones personales e individualistas (1998:19-20).

Christman define la autonomía relacional como “la etiqueta que ha sido dada como una concepción alternativa de lo que significa ser un agente libre, autogobernado, quien es socialmente constituido y quien posiblemente define su compromiso como valor básico en términos de relaciones interpersonales y mutuas dependencias” (2004:143).<sup>7</sup>

Por su parte, Cervantes señala que tal contextualización encierra el riesgo de caer en un relativismo cultural que permita justificar la violación de derechos humanos; en este sentido, los alcances y limitaciones de dicha acotación deben estar presentes en el planteamiento de las acciones, sin caer en el utilitarismo de las decisiones, como señala Sherwin, ya que no es este el sentido de la ética feminista ni de la ética médica, ambas respetuosas de la autonomía de las personas (1996: 265). De la revisión anterior de los autores se desprende que el análisis de la calidad debe realizarse de manera situada, haciendo referencia a los alcances y limitaciones; al mismo tiempo que escapando al relativismo cultural que nos impida prestar atención a las diferencias que existen entre las mujeres por raza, clase, etnia, preferencia sexual. Una aproximación de este tipo permite destacar el grado de autonomía que tienen las mujeres y, de este modo, entender las sutilezas contextuales en las cuales toman decisiones.

La inclusión del derecho a la información en los distintos acuerdos y convenciones internacionales ha sido un proceso gradual; en 1979 fue señalado explícitamente en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 2002), que estableció eliminar la discriminación en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar la igualdad de hombres y mujeres para disfrutar los servicios médicos en

---

<sup>7</sup> El concepto de autonomía relacional ha generado un debate interesante en cuanto a sus alcances y nuevas aportaciones en materia de derechos humanos (ver por ejemplo el trabajo de J. Christman, 2004), sobre la discusión de autonomía relacional, el liberalismo individualista y la constitución social de sí mismos. Se ha trabajado fundamentalmente en el discurso de los derechos humanos desde el enfoque de la filosofía y la ética, pero el feminismo lo ha retomado ampliamente para mostrar la importancia del contexto en la determinación de los derechos humanos. Sherwin (1998) lo circunscribe al ejercicio de los derechos de las mujeres en el campo de la salud desde la teoría feminista. En el plano de las naciones, una aplicación interesante del concepto puede verse en Russell y Tokatlián (2002).

planificación familiar, embarazo y lactancia, así como obtener la información necesaria que contribuya a su salud y bienestar (artículo 12).

En el marco de la discusión y los avances en los planteamientos de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, la OPS (2000) señala como parte de la calidad en salud sexual y reproductiva (al retomar los planteados por la Federación Internacional de Planificación Familiar, IPPF), los siguientes derechos particulares: a la información, al acceso, a la elección, al uso de métodos anticonceptivos seguros, a la privacidad, a la confidencialidad, a la dignidad, a estar cómodas, a la continuidad y a la opinión. En México, de acuerdo con estas disposiciones de respeto a la autonomía y a los derechos de los pacientes, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) publicó la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, en 2001,<sup>8</sup> basándose en la normatividad vigente y atendiendo los acuerdos internacionales.

Dentro de un marco ético apegado a los derechos humanos es evidente que los derechos de las mujeres a la información, al consentimiento informado y a la toma de decisiones no pueden separarse; más aún, las mujeres no deberían tener que ejercer el derecho de consentimiento informado sin antes haber recibido la información necesaria para ello, al mismo tiempo que no tendrían que ejercer el derecho a la toma de decisiones o al ejercicio de su autonomía, sin tener la información y la capacidad de consentir. Sin embargo, se ha documentado ampliamente que estos derechos se relativizan en la práctica cotidiana de los servicios de salud.

El derecho a la información es la obligación que tiene el prestador de explicar a la paciente su enfermedad, así como mostrar el balance de las opciones terapéuticas exponiendo sus resultados y consecuencias posibles. La importancia de este derecho es clara pues, como señala Cook, “es el derecho a tomar decisiones con conocimiento de causa sobre el propio futuro” (1994:31). Planteamientos como el de Cook destacan que uno de los instru-

---

<sup>8</sup> Los 10 derechos establecidos por CONAMED, basándose en los planteados por IPPF son: recibir atención médica adecuada, recibir trato digno y respetuoso, recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, decidir libremente su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con facilidades para obtener una segunda opinión, recibir atención médica en caso de urgencia, contar con un expediente clínico y ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

mentos establecidos para llevar a cabo el derecho a la toma de decisiones y a la información es el consentimiento informado, por ello se le señala como un derecho humano y legal. Ya desde 1981, la Asociación Médica Americana (1998) lo planteó como imperativo y mínimo ético; en México recientemente la Conamed lo define como el acto de decisión libre y voluntaria de una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, después de comprender la información sobre los riesgos y beneficios posibles generadas por dichas acciones, “se sustenta en la *autonomía* del paciente, considerando para su existencia tres requisitos básicos y necesarios: *libertad de decisión*, *explicación suficiente* y *competencia para decidir* (Conamed, 2004:23).<sup>9</sup>

El término *consentimiento informado* se basa en el concepto amplio de libertad individual para decidir sobre las medidas terapéuticas que afectan el cuerpo y la vida de los pacientes. Éste se relaciona con el reconocimiento de la autonomía de las personas para tomar esas decisiones y contribuir a la libertad de elección; el derecho de consentir implica el conocimiento de los posibles resultados de las opciones que puede tomar, cualesquiera que éstas sean, como seguir el procedimiento médico, o no hacer nada.<sup>10</sup>

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) se delinea el reconocimiento de la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, que después fue explícitamente planteado en cumbres y acuerdos internacionales. Por ello, en las instituciones de salud, los derechos a la información y al consentimiento informado representan el ejercicio directamente relacionado con la ciudadanía, en tanto persona y en tanto cuerpo. Pese a todo lo señalado hasta ahora tanto dentro de la literatura con enfoque de género y/o feminista como en los

<sup>9</sup> Cursivas nuestras.

<sup>10</sup> En México, el consentimiento informado es un procedimiento legal para el caso de las intervenciones quirúrgicas. Las pacientes, a través de la firma de un documento, consienten o autorizan la intervención. A dicho formato se le llama carta de consentimiento bajo información, que según la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NOM-168-SSA 1-1998) se define como los “documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios”.

tratados internacionales y convenios nacionales, cabe destacar que a nivel empírico las mujeres aún encuentran difícil ejercer sus derechos. Por ejemplo, en una investigación sobre toma de decisiones para la realización de la histerectomía, Gambone y Reiter encontraron que las pacientes tienen una baja percepción del poder propio (*self-efficacy*), que les impide establecer una interacción más equilibrada con los prestadores de salud y más aun cuando se involucran determinantes como la falta de acceso a información comprensible y oportuna, que no puede ser entendida por mujeres que carecen de capacitación médica (1997: 871). El autor señala que esto refuerza un papel pasivo y dependiente de la paciente, que no permite una mayor colaboración en la toma de decisiones, y atenta directamente contra sus derechos sexuales y reproductivos (*Idem*). Otro estudio sobre el control de la diabetes y la hipertensión entre hombres y mujeres encontró que aunque ambos tenían un bajo control de sus decisiones en los servicios, las mujeres presentaron un menor control frente a los médicos por su identidad genérica de subordinación (Pittman, 1999: 90). Por ello, resulta particularmente importante documentar con investigaciones actuales la evolución de la relación médico-paciente y la distancia que la misma guarda del ejercicio del consentimiento informado dentro de un marco de calidad de la atención.

### **La relación médico-paciente**

La consulta médica es un espacio privilegiado para observar cómo se expresan las acciones y estrategias alrededor de la apropiación, fomento, ejercicio u omisión de derechos de las mujeres en el cuidado de su salud reproductiva, así como la expresión de género y la cultura médica. La relación médico-paciente es la interacción cara a cara que se establece entre el médico, quien pone en juego su capacidad técnica y formación profesional en la atención de algún problema de salud, y la paciente, quien demanda la atención. Las expectativas con las que ambas partes llegan a la consulta son diferentes, en el caso de las mujeres, se fueron tejiendo conforme a condiciones de vida y experiencias pasadas en la atención de la salud; en el caso de los prestadores, a partir de su experiencia profesional y los estereotipos sobre la población que atiende. Es decir, en la relación médico-paciente se expresan los hábitos

de ambos al ponerse en juego percepciones, significados y representaciones sociales del papel que cada uno representa.

Del Vecchio y Good (2000), desde un enfoque de conflicto, señalan que la relación médico-paciente representa la medicalización de las relaciones sociales opresivas, del sufrimiento y el control social, y contribuye a ser un espacio de dominación y explotación que genera conflictos (“íntimos adversarios”); dicha relación es un lugar de lucha en un territorio controlado por los médicos y una transacción entre sistemas de significados, tecnologías y poder. Tales señalamientos concuerdan con lo que Bourdieu explica a través de los conceptos de violencia simbólica y dominación.

La relación médico-paciente es el eje central de la expresión del poder médico en la atención a la salud, y tiene como marco a la institución de salud en tanto espacio que forma a médicos, paramédicos y pacientes. El hospital es parte de ese campo social en el que se entretajan las distintas dimensiones de la calidad de la atención a la salud y se da la competencia por los distintos poderes existentes en él (Freidson, 1978; Turner, 1995; Foucault, 1997; Menéndez, 1983; Bourdieu, 1991). En la relación médico-paciente se expresan los habitus de los agentes y es en la consulta en donde se reconocen las distintas posiciones que cada quien debe asumir. A pesar de que pueden reconocerse ciertos márgenes de libertad, entre las mujeres pacientes en la gestión de su salud, es en el espacio de la consulta médica donde se objetivizan conductas de subordinación frente al médico.

Algunos planteamientos de Parsons han sido útiles para nuestro análisis, sobre todo, para entender cómo los médicos logran una conducta que trata de expresar una neutralidad afectiva frente al paciente. El autor considera que tanto el enfermo como el médico tienen roles definidos, ambos con obligaciones y privilegios. Pero es el médico quien tiene la obligación de controlar al enfermo, y éste, como sujeto desviado de sus funciones sociales, no debe tomar ventajas de su condición privilegiada al estar exento de sus obligaciones sociales (Parsons, 1982: 441).

El autor también señala que el rol de enfermo se caracteriza por estar en desamparo y necesitar ayuda, por su incompetencia técnica y sus implicaciones emocionales por su calidad de enfermo, es en este sentido que depende del conocimiento del médico. Nos preguntamos por qué las

pacientes son aparentemente dependientes de los médicos en la toma de decisiones; si bien están desamparadas en términos de salud, más ante un diagnóstico grave como el cáncer de mama, no quiere decir que no sólo puedan sino deban tomar decisiones o tomarlas aun sin comprender del todo sus implicaciones. Habría que preguntarse si los médicos consideran que así es el rol que deben desempeñar y si esto hace que su actuación frente a las pacientes no incluya la práctica de discutir las decisiones con ellas.

El médico es un humano que trabaja con, sobre y para humanos, que tiene el poder de influir en sus cuestiones vitales y en el futuro del enfermo, así que puede advertirse que la formación médica, así como sus prácticas, se sitúa lejos de una *neutralidad afectiva* –planteamiento de Parsons–. Como se verá, en la formación médica se busca generar una despersonalización sobre su objeto de atención, las pacientes y, quizás justamente por eso, entre sus prácticas no se evita que se cometan excesos o abusos que rebasan la relación con las pacientes, y no evita las que atentan contra algunos derechos, como los de información, privacidad y dignidad.

La superioridad del médico dada por la esfera específica de su experiencia y entrenamiento técnico, se legitima socialmente al estar involucrada una dimensión vital como la salud; condición que se refuerza cuando la atención médica es dirigida a quienes culturalmente se posicionan en un papel subordinado, como las mujeres, el cual se recrudece en condiciones de pobreza. Por tanto, dadas las especificidades de la relación médico hombre-mujer de escasos recursos, ésta fue explorada a través de nuestra investigación de campo.

## ACOTACIÓN METODOLÓGICA

Durante esta investigación se buscó rebasar la hechura de una sociología espontánea, la *ilusión de la transparencia* en palabras de Bourdieu (Bourdieu *et al.*, 2004), construyendo el objeto de estudio desde una perspectiva sociológica rigurosa, entrenando la mirada y planteando continuamente preguntas tipo “por qué” (¿por qué las mujeres son pasivas en la consulta médica?, ¿por qué no preguntan al médico sobre su problema, a pesar de su interés?), cuestionando la información recabada y enlazándola a conceptos teóricos

formales (¿existe una violencia simbólica en la relación médico-paciente?, ¿existe una dominación médica?), y descubriendo otros interrogantes que la propia información ofrece (¿qué significa que los médicos no accedan a discutir posibles errores de diagnóstico de otros médicos, a pesar de la queja de las pacientes?, ¿hay un encubrimiento solidario como parte de su cultura gremial?).

Nuestra reflexión es sobre la ilusión de la neutralidad de las técnicas y por qué se debe explicitar desde dónde estamos mirando y preguntando y, sobre todo, desde dónde estamos interpretando los datos del problema. Como afirma Silverman, hemos ido adoptando maneras de ver y sostiene que “la observación, la recopilación de datos y la construcción de hipótesis y teorías no son asuntos independientes sino que están entrelazados unos con otros” (1994: 43).

En la conformación de los problemas en salud intervienen elementos socioculturales y políticos que van desde la construcción social de género, condiciones de vida, educación, acceso a información sobre salud en general, formación social y familiar (aspectos biográficos y subjetivos por su historia de vida), así como acceso y experiencias en los servicios de salud y la percepción de su calidad, al igual que el impacto de las políticas públicas en salud en la vida cotidiana, sin ser ésta una lista exhaustiva de los elementos que intervienen. En la investigación partimos de la premisa de acotar para profundizar, planteando un análisis relacional en un nivel microsocioal. La metodología cualitativa da la oportunidad de realizar dicha profundización.

El estudio se realizó con mujeres pacientes mayores de 25 años y médicos de la consulta ginecológica de un hospital de especialidades en Hermosillo, Sonora, perteneciente al sistema hospitalario de la Secretaría de Salud. La institución está clasificada como un hospital-escuela, lo que significa que es un espacio escolar para la formación de nuevos profesionales médicos; sus servicios están dirigidos a población abierta, que es la que no cuenta con servicios médicos de la seguridad social; generalmente son personas de escasos recursos la que acude a este tipo de servicios.

Se utilizó la observación no participante (estudio de sombra), de la interacción médico-paciente, entrevistas en profundidad realizadas a mujeres

pacientes y entrevistas semiestructuradas a médicos especialistas. Se reconoce la importancia de la subjetividad en la expresión de las prácticas y discursos en torno al derecho a una atención de calidad; dichas técnicas permiten básicamente interrogar sobre los significados, percepciones y representaciones sociales y cómo los individuos las traducen en prácticas.

La observación no participante fue clave para conocer de primera mano la interacción médico-paciente y su desarrollo en la consulta médica, la forma en la que se lleva a cabo el consentimiento informado, el desenvolvimiento de la paciente, si se hacían preguntas y si éstas eran contestadas y cómo se daba la información por parte de los médicos; también permitió conocer el espacio, si había interrupciones, de quiénes y por qué, la participación de la enfermera asistente y, en general, el desempeño de los médicos/as y los residentes. Dicha estrategia significó hacer la observación de las jornadas completas de los médicos, que atendían los motivos de consulta en ginecología y oncología ginecológica general, y no sólo estar presente en las consultas que tuvieran por motivo de consulta algún problema mamario. Esto enriqueció el registro y análisis de la relación médico-paciente y las prácticas en la atención de las mujeres, asimismo fue posible conocer la importante función docente que representa la consulta médica en la formación de nuevos especialistas.

Mi presencia en consulta, durante más de tres meses (223 consultas), fue estrictamente como observadora, pues no entablé ninguna conversación con los médicos ni con las pacientes, no intervine en la consulta médica, no apoyé ninguna actividad en particular ni me dirigí en ningún momento a las enfermeras asistentes durante las horas de consulta. Entraba cuando el médico llegaba al consultorio, justo antes de iniciar su turno, y me quedaba sentada en un ángulo que me permitía ver de perfil y un poco desde atrás a los médicos (médico titular y residente), y tres cuartos de frente a las pacientes, con la libreta de registro en la mano, y en la cual tomaba notas discretamente.

El reconocimiento del lenguaje como vía de expresión de la experiencia de vida, información de la subjetividad y aspectos íntimos, así como de su relación dialéctica en la construcción de la realidad social (Berger y Luckmann, 2001), es enfatizada y teorizada por la corriente del constructivismo social. El discurso, verbalizado en la interacción de la entrevista cualitativa, es una relación (entrevistada y quien entrevista) que permite tener acceso a información

que no puede obtenerse mediante otras técnicas o métodos cuantitativos. Por ello, la información recabada de viva voz de las mujeres pacientes sobre sus experiencias, expresan además de las palabras, elementos de sus posiciones biográficamente determinadas (Schutz, 1995: 4); lo mismo se identificó en las entrevistas semiestructuradas de los médicos. Se realizaron 11 entrevistas en profundidad a mujeres pacientes, que constaron de una a cuatro sesiones, de ellas, seis tenían un diagnóstico de cáncer de mama y cinco de patologías benignas. Ocho de las entrevistadas se eligieron en consulta, así que ellas también fueron observadas en su interacción con el médico. Tres más fueron contactadas a través del grupo no gubernamental Reto (Rehabilitación Total, AC), que ofrece apoyo a mujeres con cáncer de mama y realiza sus reuniones en un hospital oncológico, también perteneciente al sistema de hospitales de la Secretaría de Salud, pero de éstas no hubo observación en consulta.

Se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas<sup>11</sup> a médicos titulares (todos varones), que fueron observados en su consulta; estas entrevistas fueron cualitativas en términos de seguir pistas durante la conversación, y permitieron incluir preguntas abiertas según el énfasis del informante, pero no en profundidad, pues la indagación fue mucho más acotada a la guía elaborada para ellos y a excepción de una, todas fueron de una sola sesión, con duración de 1 hora y media a dos horas. Todas las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas literalmente.

Las mujeres del estudio tienen una edad de entre 34 y 59 años; sólo dos no tienen hijos y la mayoría son amas de casa, aunque algunas hacían costuras, ventas por catálogo, atendían un pequeño negocio de abarrotes, o bien, trabajaban por horas cuidando ancianos, ingreso que, aunque modesto, representaba un importante recurso para el sostenimiento de su familia. Tres de las diagnosticadas con cáncer de mama tenían un trabajo remunerado antes del diagnóstico, pero cuando lo recibieron, tuvieron que dejarlo completamente para atenderse, lo que significó un duro golpe para ellas. Todas hicieron alusión a una situación económica difícil y a las muchas estrategias

---

<sup>11</sup> En toda consulta externa del hospital está presente un residente, de esta manera casi en la totalidad de las consultas observadas estuvieron presentes el médico titular y un/a residente. Para la tesis doctoral se realizaron 14 entrevistas a prestadores de salud (incluidas estas cuatro de médicos), pero este trabajo retoma sólo las de los médicos de la consulta.

que organizaron con ayuda de sus familias para poder sufragar los gastos médicos. A pesar de que varias viven en fraccionamientos de clase media y tienen resuelto el acondicionamiento de sus viviendas en cuanto a muebles, electrodomésticos, aparatos de clima artificial y automóvil familiar, expresaron condiciones de empobrecimiento. Todas, excepto una, tienen vivienda propia; de igual forma, todas, excepto una que venía de Nogales (al norte del estado), vivían en la ciudad. De las ocho mujeres con pareja, seis de ellas no tenían empleo y se ocupaban en trabajos informales y temporales. El hospital de la Secretaría de Salud es su única posibilidad de atención, es decir, a excepción de un caso, ninguna cuenta con el servicio médico de la seguridad social o podía pagar un servicio médico privado, aunque una lo hizo ocasionalmente.

En el grupo, sólo una de ellas es analfabeta; dos terminaron sus estudios de primaria y, posteriormente, una hizo cursos de corte y confección; seis llegaron a terminar estudios de secundaria y tres más cursaron estudios técnicos de enfermería, secretariado y diseño gráfico.

La observación se realizó en la consulta externa de ginecología general y oncología; ésta se organiza en cuatro consultorios que son compartidos en jornadas de dos a tres horas, cada médico atiende la consulta externa dos o tres días a la semana y el resto de su jornada semanal en hospitalización y quirófano; todos son varones y los acompaña un residente de la especialidad en ginecología, de tercer o cuarto año,<sup>12</sup> que van rotando por las diferentes sub-especialidades. Durante la observación en la consulta, la mayoría de los residentes fueron varones.

El análisis de los datos fue una tarea permanente en todo el proceso investigativo, en etapas más o menos intensas; fue realizado de manera artesanal, es decir, no se usó ninguno de los programas computacionales de análisis cualitativo para apoyar la organización de la información. Así lo decidí con base en mi preferencia y experiencia de trabajar de esta manera, aunque hice tareas sencillas en el programa de Word, por ejemplo, usando “corte-pega” del material.

---

<sup>12</sup> Durante el tiempo que se hizo este trabajo había un grupo de 20 residentes en ginecología, de los cuales cuatro estaban cursando su primer año (R1), seis el segundo (R2), seis el tercero (R3) y cuatro el cuarto año (R4); había hombres y mujeres en igual número.

## CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIOCULTURAL

A continuación ofrezco un panorama sociocultural y epidemiológico del cáncer de mama, haciendo particular referencia a su epidemiología en el estado de Sonora (para dar mayores elementos de juicio sobre mis resultados de investigación). La patología mamaria incluye el cáncer de mama<sup>13</sup> de especial gravedad; desde hace algunos años, este cáncer se mantiene como la segunda causa de muerte de mujeres y durante las últimas décadas ha mantenido una tendencia ascendente, tanto a nivel nacional como estatal. En México, la tasa de mortalidad se incrementó de 13.06 en 1990 a 14.49 en 2000, por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. El incremento real en el número de defunciones fue de 56.1% en el periodo (SSA, 2002).

En Sonora, el rubro de tumores malignos es la primera causa de muerte de mujeres de 25 años y más y, dentro de éste, el cáncer de mama es la primera causa y el cáncer cervicouterino es el segundo; pero apenas recientemente se ha incorporado como línea prioritaria de atención en los servicios públicos de salud.

Durante el periodo 1998-2004, la tasa de mortalidad nacional por cáncer de mama fue de 14.7 por 100 mil mujeres de 25 años y más, y en Sonora fue de 18.9. La edad promedio de muerte en el mismo periodo fue de 58.3 años y a nivel nacional de 57.1 años.

A diferencia del cáncer de cérvix, el cáncer de mama se ha ido visibilizando hace apenas dos lustros como un problema de salud pública por su impacto epidemiológico, se puede decir que poco a poco se ha posicionado en el escenario social y en el imaginario colectivo. Como programa prioritario, en la normatividad y líneas programáticas estatales, ha aparecido apenas en el último lustro. Uno de los productos importantes en este campo de

---

<sup>13</sup> La literatura médica reporta como factores de riesgo: antecedentes genéticos de la enfermedad (aunque son posibles casos sin antecedentes familiares), edad temprana de la primera menstruación, edad tardía de la última regla (menopausia), edad avanzada en el primer hijo (mayor de 30 años), uso de terapia hormonal por más de tres años y no haber lactado. También se mencionan causas ambientales como la exposición a químicos o contaminantes (por ejemplo, los agroquímicos), y la falta de una dieta balanceada, que incluye alimentos ricos en grasas animales y saturadas, la baja ingestión de frutas y verduras, así como el exceso de consumo de alcohol.

la atención ha sido la elaboración de la Norma Oficial<sup>14</sup> para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, aprobada en septiembre de 2003 (SSA, 2003). En ésta, la exploración y detección oportuna de patologías mamarias se señalan como eventos rutinarios, sin embargo, esto está todavía por alcanzarse.

Según la norma oficial sobre la atención del cáncer de mama, las técnicas usadas para la detección oportuna consisten en el examen de auto-exploración (que realizan las mujeres), el examen clínico (que realizan los prestadores de salud) y la mamografía y el ultrasonido (que se realizan con apoyo de la tecnología y técnicos expertos), que requieren de la lectura e interpretación del especialista médico.

Las cuatro técnicas llevan implícitas distintas dimensiones socioculturales que guardan relación con una apropiación del cuerpo que permita a las mujeres tocar sus partes sexuales como los senos; tiene que ver con un acceso a servicios de salud y recibir la información de manera accesible y oportuna por parte de los prestadores de salud, y tiene que ver, además, con condiciones socioeconómicas.

Los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son múltiples y complejos. Algunos están fuera del alcance de modificación de las mujeres y aunque los de dimensión sociocultural son más susceptibles de modificación, como una buena nutrición y acceso oportuno a los servicios de salud, se consideran también difíciles de resolver (Ortega, 2003).

Con estas condicionantes, las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que no cuentan con seguridad social enfrentan serios obstáculos para recibir una atención oportuna y mejorar su calidad de vida como enferma de cáncer, ya que dependen de estos servicios para su atención y deben pagar por ellos, aunque en costos menores que en los servicios privados. Hay una cercana relación entre pobreza y salud que se ha documentado en numerosos trabajos, así como entre salud, género y pobreza (OPS, 2000, 2004). Para el caso de México, en 2000, 25.6% de las mujeres que murieron

---

<sup>14</sup> Las normas oficiales tienen entre sus objetivos regular los criterios médicos en la atención de los distintos problemas médicos; todas las instituciones y profesionales de la salud están obligados a seguir sus lineamientos. También tienen el objetivo de explicitar una serie de protocolos de seguimiento y criterios de referencia médica de las pacientes entre los niveles de atención.

no tenían primaria completa y 11.6% era analfabeta (INEGI/SSA, 2000).<sup>15</sup> En Sonora, para 2001, 28% de las mujeres muertas tenían primaria incompleta y 47.5% primaria completa y secundaria; sólo 3.8% eran mujeres con estudios profesionales (INEGI-SSA, 2003).<sup>16</sup>

Todavía prevalece en la población la idea de que el cáncer de mama es una enfermedad temible, siempre asociada con la muerte.<sup>17</sup> El desconocimiento de sus factores de origen y el sufrimiento que provoca ha generado históricamente en la población una serie de significados negativos; primero porque no se podía explicar con certeza su origen, y segundo por las consecuencias inevitables de muerte. El cáncer de mama es vivido con pudor y vergüenza, sobre todo, por la posibilidad de sufrir una mutilación en los principales órganos de feminidad, lo cual complica una detección oportuna del problema y hace que muchos casos permanezcan en el ámbito privado. El contenido simbólico que históricamente se ha asignado a la enfermedad, apunta hacia una noción moralizadora al considerársele un castigo por los pecados cometidos. Se señalaba que el cáncer en las mujeres era producto de “pecados y vicios”, en especial de prácticas sexuales insanas.

Tavares y Bomfim (2005: 428), al igual que Sontag (2003) y Turner (1995), señalan que la población considera que sufrir cáncer es una oportunidad para que el enfermo viva la redención por medio del sufrimiento. A través de la historia, la enfermedad ha sido asociada al pecado, al dolor, la muerte, el miedo y, sobre todo, a la estigmatización social; se le ha asignado un contenido simbólico especial, y a pesar de los cambios culturales y científicos, los significados se empalman y se combinan, con lo que se crean otros con un cierto grado de hibridación que van desde el siglo XIX al siglo XX (Tavares y Bomfim, 2005: 430).

<sup>15</sup> INEGI/SSA, tomado de la SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección de prevención y control del cáncer en la mujer, “Situación actual del programa de acción”.

<sup>16</sup> INEGI, tomado de Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Reproductiva (2003). Mortalidad por Cáncer de Mama según Entidad Federativa y Municipio, 2001, Nacional.

<sup>17</sup> La palabra cáncer se deriva del griego *karkínus* (algo que carcome) y del latín *cáncer*, que significa cangrejo. Turner señala que “muchas descripciones actuales sobre enfermedades y padecimientos llevan implicaciones morales. Por ejemplo, las nociones de enfermedades crónicas y malignidad son derivados del latín ‘malus’ (evil)” (B. Turner, 1995: 20). Por su parte, Sontag señala que la sociedad “maquina fantasías punitivas o sentimentales” sobre la enfermedad del cáncer, por intratable y caprichosa (Sontag, 2003: 16).

Otro enfoque sobre el cáncer lo vincula al tipo de personalidad del enfermo; aquellas personalidades pasivas, de poca emotividad, baja agresividad, depresión y dificultades para la formación de vínculos afectivos, se consideran más propensas a desarrollar la enfermedad (Sontag, 2003; Tavares y Bomfim, 2005). Según un estudio en psicología que rastreó las posibles asociaciones entre los rasgos de personalidad y el desarrollo del cáncer de mama, concluye que dichas asociaciones no pueden comprobarse (Cano V. *et al.*, 1997), aunque se sigue sosteniendo en una concepción amplia que el cáncer es producto de la modernidad y guarda relación con los estilos de vida poco saludables.

En Latinoamérica, la educación de fuerte ascendencia judeo-cristiana, no permite o facilita que las mujeres toquen y conozcan su cuerpo, es decir, se mantiene la falta de una cultura del cuerpo, por lo que la exploración mamaria es una práctica poco frecuente.

Otro asunto de suma relevancia a considerar como factor sociocultural en la atención del cáncer de mama se refiere al manejo de la información frente a las enfermas. Durante la primera mitad del siglo XX, se consideraba una crueldad informar a los pacientes el diagnóstico de cáncer o los efectos de los tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia. Había una especie de “conspiración silenciosa” entre la familia del paciente y el equipo médico. De esta forma las mujeres con cáncer de mama tenían poca o nula información sobre su problema, convirtiéndolas o tomándolas como sujetas pasivas en el proceso; aunque esto ha cambiado, subsiste la práctica de privilegiar la compasión paternalista más que el reconocimiento del derecho a la toma de decisiones en tanto persona y ciudadana.

Sin embargo, la intervención feminista en el campo de la salud ha mantenido una crítica sistemática de la práctica médica intervencionista y moralizante sobre el cuerpo femenino, denunciando la relación de poder asimétrica que emerge de esta situación, así como el manejo de la información entre éstos, situación que representa también el manejo de una condición de subordinación de las mujeres. A pesar de ello, los servicios médicos en ginecología omiten hablar de sexualidad(es) y se refieren al cuerpo u órgano dañado como algo que no tiene que ver con esa dimensión.

## LA CONSULTA MÉDICA. UN ESPACIO PARA EJERCER DERECHOS

En este apartado veremos la relación que se lleva a cabo entre el médico y la mujer paciente, en el espacio y momento de la consulta, donde se expresan la comunicación verbal y la no verbal entre ambos y entran en juego sus habitus, conformados, entre otras dimensiones, por las subjetividades, identidades de género, racionalidad, expectativas, poder, capacidad de gestión y negociación, así como la capacidad de tomar decisiones. De entrada se describen algunas dificultades de las mujeres para decidir acudir a la consulta, con el objetivo de señalar cómo, a pesar de la necesidad de atención, deben acomodar una serie de condiciones para que esto sea posible.

De las mujeres entrevistadas, sólo tres no se detectaron por sí mismas “una bolita”; ocho la descubrieron por sí mismas,<sup>18</sup> aunque no todas acudieron de inmediato al servicio de salud, según cuentan Tania, Julia y Eloísa:

C: -¿Pero ya te habías detectado tú una bolita en el pecho?

T: -Sí, ya, pero dije yo no... Tenía como unos ocho meses (E9-1,149-155).<sup>19</sup>

Verá que yo... iba a hacerme la prueba del papanicolaou al ISSSTE, entonces yo en el... hace tres años, yo me detecté una bolita aquí abajo... (E11-1,140-142).

[...] hace como unos cuatro años (empecé), cuando yo fui con el doctor el año pasado, que me animé a ir, ya tenía dos años, y yo tenía esa bolita, pero como la sentía y luego no la sentía, ¿eh?... no me daba ninguna molestia... más bien casi me obligaron a ir (mis hermanos), yo no quería ir, porque había salido de la enfermedad de mi mamá, puro doctor y doctor, y económicamente, que gasté bastante, entonces yo decía, no tengo seguro, como no estoy casada, no tengo seguro (E6-1,12-20).

<sup>18</sup> Aunque este estudio se basa en un pequeño grupo de informantes, el dato de la identificación inicial de la lesión en mama coincide con lo reportado en un estudio de López Carrillo *et al.* (2001), que se llevó a cabo en tres hospitales de tercer nivel en la Ciudad de México, se encontró que 90% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama habían identificado por ellas mismas abultamientos en sus senos.

<sup>19</sup> Código de entrevista.

Tampoco todas fueron diagnosticadas con cáncer de mama desde el principio; en tres casos fue muy claro en sus trayectorias cómo el diagnóstico en el servicio de salud fue tardío, como lo señalan Consuelo e Idalia:

Sí, y este... y ahí ya en el oncológico ya me vieron, se asustaron, el doctor C enojadísimo y puso ahí en mi expediente que no era porque (no hubiera ido yo)... ¿no?... “Fíjese doctor, hicimos una limpia y ahí tiré las mamografías que tenía... Y dice: “¡ay, señora, con eso le hubiéramos metido una demanda!””, pero pues ni modo le digo, y yo le digo: “¿ya para qué?” (E8, 246-253).

(¿Te explicó cómo o por qué?) No, no, yo le dije ese problema del doctor M, que me había dicho... ¿y qué iba hacer?, ya no había nada que hacer tampoco... ya el cáncer ya estaba... (E10, 381-386).

Este cáncer no presenta necesariamente un síntoma agudo que provoque dolor, urgencia o discapacidad inmediata que interfiera en la realización de la vida cotidiana, sobre todo en las primeras etapas, por lo que las propias mujeres retrasan la visita al médico. Pero con el hecho de descubrirse una bolita en el pecho, se sabe con certeza que algo “no anda bien”, de allí que las entrevistadas reconocieran la importancia de ir a revisión, aunque para algunas fue más difícil que para otras.

Decidir acudir al servicio de salud o no buscar ayuda es una responsabilidad que ellas reconocen, pero algunas se autocalifican como incompetentes ante dicha responsabilidad, pues deben atender otras prioridades familiares antes que a ellas mismas, rasgo que muestra su identidad de género, la no apropiación de su cuerpo y la no apropiación de muchas de sus decisiones. Mary lo cuenta claramente:

[...] sino que dije yo, ¡ay cómo es posible!, o una cosa u otra, muchas veces ¡ay! por desidia, porque las mujeres, bueno... yo en mi caso soy... un poquito desidiosa (ríe un poquito), de que se enferman mis hijos sí arranco, pero cuando soy yo como que, se detiene uno más ¡ah! que la casa, ¡ay! ¿con quién dejo al niño?, o ¿quién me va cuidar a los niños para yo poder entrar con la doctora?... entonces fui a urgencias y dije yo de una vez, si me pongo a esperar más dije, es mi salud y si quiero que estén bien mis hijos

tengo que estar yo bien también para cuidarlos ¿no?, y entonces ya, no le dije nada a mi esposo (E2, 26-38).

Las entrevistadas expresaron que cualquier problema mamario que necesite ser revisado por el médico genera incomodidad, en mayor o menor medida. La relación cercana entre los pechos femeninos y la sexualidad hace más difícil afrontar la decisión de ir al servicio médico donde será explorada, así que el evento generalmente causa vergüenza y miedo; otros estudios, como el de Poblano *et al.* (2004), han constatado esta situación.

Nuestras entrevistadas expresaron estos sentimientos y lo señalaron como argumento que les impidió acudir de inmediato. Así lo señala Eloísa:

No quería, por ejemplo, para mí era terrible desnudarme, algo tan así, que yo no quería que me viera desnuda pues (E6-1, 35-36).

La consulta se compone de rutinas (saludo, interrogatorio, exploración ginecológica, diagnóstico y tratamiento y despedida), que se apreciaron de manera consistente y continua. El entendimiento de dichas rutinas aporta una mejor comprensión de la interacción al identificar los puntos más susceptibles e intensos de la relación médico-paciente. Y, sobre todo, ayuda a entender cómo se establece la comunicación, cómo se expresa la relación dominación-dominada, cómo se maneja la información y cómo se toman las decisiones.

La entrada a la consulta, así como el inicio de la relación médico-paciente, influye de manera significativa en su desarrollo posterior. La primera impresión del médico es importante para las mujeres, ya que les transmite su posición, su expresión verbal y no verbal. En palabras de Goffman, la expresión que *da* y la impresión que *emana* de él (1971). Las pacientes incorporan en la interacción con el médico la información que tienen de él, si la tienen, con lo que entra en juego la información previa sobre cómo *debe* comportarse en una consulta médica, *cómo es* un médico y *qué esperar* de él. Por su parte, el médico hace el saludo, el interrogatorio y dirige toda la consulta, esperando que se respeten todas y cada una de las etapas sin resistencia y sin complicaciones.

En la presentación de ambos en el momento de la consulta, ya sea de manera directa o indirecta, se establecen las reglas y la autoridad de quien la preside. El médico es quien dicta el ritmo y la dinámica, así como el tono en que se desarrolla; quedan establecidos así los extremos de una relación desigual entre médico y paciente. Desde el inicio del encuentro se expresan, tanto por las prácticas (de hecho) como por el lenguaje verbal y no verbal, las distintas posiciones. Durante la consulta fue común observar lo que Bourdieu señala como prácticas que expresan la dominación:

[Las] *marcas* de respeto o desprecio que la cortesía utiliza en muchas sociedades para simbolizar relaciones de dominación; de un lado, se agacha o se inclina la cabeza o la frente como signo de confusión o de sumisión, se baja la mirada por humildad o por timidez pero también por pudor o por vergüenza, se mira de soslayo o por debajo, se doblega, se tiende, se somete, se inclina, se rebaja... en el polo opuesto, se mira por encima del hombro o se fija la mirada... se yergue, endereza, alza o levanta la cabeza o la frente... se toma ventaja [...] (1991: 122).

El lenguaje no verbal se compone de expresiones no lingüísticas como posturas (la manera de sentarse de la paciente, su acompañante y los médicos), gestos (cara de sorpresa, tristeza, seriedad, miedo, subordinación, seguridad, autoridad, premura, atrevimiento), movimientos corporales (moverse lentamente, rápidamente, brazos cruzados, ser expresivo/a con las manos, tocarse al señalar), incluso los tonos de voz (voz callada, apenas audible, voz de autoridad y seguridad, voz de mandato, voz arrebatada). El perfil de conducta más observado entre las mujeres se caracteriza por la timidez, la seriedad y la adustez de una persona que entra al consultorio pidiendo permiso más con un lenguaje corporal que con las palabras, que se sienta pegada a la orilla de la silla, que espera a que le pregunten antes de hablar cualquier cosa, que no sostiene mucho la mirada, que no interrumpe a los médicos y raramente pide explicaciones.

Las diferentes rutinas de la consulta atestiguan la relación asimétrica entre la paciente y el médico y entre la paciente y la institución; ellas deben respetar las reglas de comportamiento en consulta y las de uso del servicio, las cuales fortalecen las relaciones de subordinación en el espacio de salud (el médico pregunta,

la paciente responde, el médico decide explorar y la paciente acepta, aun sin justificación clara para ella). Durante la consulta es práctica común el intercambio de breves comentarios entre médico titular y médico residente, fundamentalmente técnicos, y no se dirigen las mismas explicaciones a la paciente.

El momento de la exploración representa un momento de incomodidad para las mujeres. Se puede afirmar que es el más incómodo para las pacientes y aunque ellas “saben” que pueden tener una exploración ginecológica, ya sea en sus genitales, en sus mamas o en ambas, esto no evita que se hagan presentes el pudor, el malestar, la vergüenza, la inseguridad, el miedo, la intimidad, la genitalidad y la sexualidad, a pesar de haber sido revisada ya en las consultas previas (preconsulta, consulta de primera vez o en el servicio de primer nivel). Aunque es un momento en que el médico debe preguntar sobre la aceptación de cualquier maniobra, explicar el procedimiento y estar atento a las preguntas, fueron muy pocas las ocasiones en las que se dirigió a la paciente para explicar paso a paso lo que realizaba. Tampoco las pacientes preguntan qué se realiza o qué se observa; no interrumpen los diálogos entre el médico titular y el residente, que en ese momento, y con base en su cuerpo, aprende en su formación de especialista. El derecho a la información queda relegado. Veamos el siguiente registro:

(En la exploración ginecológica)

Dr: –Está muy tensa... abra su pierna, ábrala, ábrala...

Están haciendo la exploración y el residente (R4) le dice: “Flojita, entre más flojita menos la voy a lastimar...”. Se dirige al médico titular: “definitivamente es un cáncer atrófico, la pared izquierda limpia, la derecha con un poco de desecho” al tiempo que indican a la paciente que han terminado (OCEM5, 827-831).

La siguiente rutina, el diagnóstico y tratamiento, es un momento por excelencia para objetivar el derecho a la información con mayor claridad, pues el médico debe dar un diagnóstico, cuando lo tiene, explicar el tratamiento, si éste puede generar efectos secundarios, y qué se espera de él; es cuando debe mencionar las posibles opciones y las consecuencias esperadas y, finalmente, responder preguntas. También debe explicar el procedimiento del consentimiento informado, cuando es necesario.

Aunque todos los médicos expresaron que ofrecer explicaciones a las pacientes es parte de su rutina y una obligación, durante la observación de la relación médico-paciente es una práctica poco frecuente en términos de hacer accesible la información especializada a una persona leiga, aunque entre los médicos puedan matizarse formas distintas de relacionarse con sus pacientes. El Dr. Paz explica:

[...] el médico *debe* de explicar el problema, desde un punto de vista que le sea muy comprensible a la señora, que muchas de las veces en vez de hablarle de tumor le hablaríamos de bola, de bolita o..., o compararle el tamaño de su tumor al de... objetos de la vida cotidiana, decirle su bolita está del tamaño de un garbanzo o está del tamaño de una aceituna, o está del tamaño de un limón, y ya dentro de su intelecto o de lo que están comprendiendo cuando menos por el tamaño (EM1, 483-491).

Se observó de manera sistemática que las pacientes casi no preguntan al médico sobre su diagnóstico, en ocasiones sólo expresan un escueto “¿cómo me vio doctor?”. Prestan más atención a las instrucciones sobre el uso de los medicamentos, por ejemplo, una mujer pidió al médico escribir bien las instrucciones en la receta “(pues) todo se me olvida” (OCM5, 657). Tampoco se observó que el médico titular, o el residente, hayan preguntado a la paciente si entendió todo, su opinión sobre el diagnóstico o tratamiento, o alguna otra cosa.

Las pacientes atienden el lugar en el que están y respetan las formas en que se lleva a cabo la relación médico-paciente según va indicando el médico. Viene al caso señalar lo que Bourdieu define como el *habitus lingüístico* y el *mercado lingüístico*, partes indisolubles en la construcción y expresión del habitus de los sujetos involucrados. El *habitus lingüístico* se refiere al:

Sistema de disposiciones socialmente constituidas, que implica una propensión de hablar de cierta manera; una competencia para hablar inseparablemente definida como una aptitud lingüística; es la capacidad social para emplear adecuadamente esta competencia en una situación dada... no es una simple capacidad técnica, sino también una capacidad estatutaria (Bourdieu y Wacquant, 1995: 104-105).

Y define como *mercado lingüístico* el:

Sistema de relaciones de fuerza simbólica que se imponen a través de un sistema de sanciones específicas [...] la anticipación práctica de mi discurso será más o menos tenso, más o menos censurado, a veces hasta el silencio de la intimidación [...]. Las desigualdades en la competencia lingüística se revelan constantemente en el mercado de las interacciones cotidianas [...] (Bourdieu y Wacquant, 1995: 104-105).

El primero señala la constitución de las formas de expresión, el manejo lingüístico y cultural de todo sujeto para conducirse en su entorno y en su cultura, y el mercado lingüístico a cómo esta capacidad es doblegada por el otro, otorgando o quitando el derecho de hablar. La práctica social expresada se reduce a cómo se manejan las mujeres en el espacio de la salud frente al médico en concreto. Hay que enfatizar que las pacientes son mujeres frente a un médico varón; ellas expresan su identidad de género femenina que ha sido construida como quien debe escuchar antes de hablar frente a ellos.

Las mujeres respetan la jerarquía dejando hablar al médico, y éstos mantienen el control del habla, expresando así su control del espacio y la interacción. La práctica que se observa en los encuentros entre médicos varones y pacientes mujeres, fue documentado por West en su citado artículo “Cuando el médico es una dama”, que muestra cómo ellos interrumpen mucho más a las pacientes que las médicas mujeres a los pacientes varones, como una estrategia de control del poder en el encuentro; es decir, el problema relevante en la investigación es analizar el papel de poder, estatus y género en la relación médico-paciente (1984).

Por otro lado, y no menos importante, el lenguaje propio de la profesión médica dificulta un mayor acercamiento cuando éste no es “traducido” a un lenguaje lego. Las mujeres pacientes poseen una capacidad lingüística diferente, en términos del manejo del habla, que se evidencia aún más al no tener acceso a un lenguaje técnico, usualmente manejado en la consulta. Este lenguaje es el que se escucha en el intercambio entre el médico titular y el residente sobre el problema de la paciente y, muchas veces, es el dirigido a ella, menos extenso quizás, pero no menos técnico.

El derecho a la información se relativiza: cuando se ofrece información es fundamentalmente en términos técnicos o se obstaculiza en la cotidianidad de la atención médica, lo que atenta no sólo contra un derecho legitimado y reconocido de las mujeres, sino también contra su derecho a una mejor calidad de vida cuando está enferma. Es una práctica común por parte de los médicos que cuando ofrecen alguna explicación sea en su terminología, lo que dificulta el ejercicio de un derecho y refuerza el imaginario social de su figura social de poder. La siguiente observación presenta uno de los casos:

Termina rápido [la exploración] y los médicos regresan al escritorio... el médico anota sus observaciones y cuando la señora regresa, no dice nada y se sienta, el doctor sigue escribiendo y no dice nada, pasan los minutos. Todos esperamos. La señora rompe el silencio: “oiga doctor, le quiero preguntar, para las relaciones, si no tengo ganas, me duele, tengo que hacerlo a veces, pero me duele, ¿por qué?” El doctor explica que es por el *síndrome climático*, que es normal que no tenga apetito sexual: “Por la *sintomatología* que usted siente, es para darle la *terapia de reemplazo hormonal*, para elevar sus hormonas...” .

Sra.: -¿Pero estoy bien?... (OCER, 840-849).

A medida que el médico explica lo que pasa, la paciente pone gesto de “no le entiendo del todo”, por ello termina preguntando, de manera directa, si está bien. Quizá esto puede considerarse un indicio en la expresión del derecho a la información, que la paciente, desde su posición de no saber, pregunta. Pero por otro lado, la práctica de ofrecer información técnica representa el fortalecimiento del saber médico como conocimiento exclusivo de sus profesionales.

En muchas ocasiones, las explicaciones de los médicos generaron este tipo de gestos, sin embargo, la paciente nunca expresó directamente: “doctor, no le entiendo”, o bien, “¿qué quiere decir con tal palabra?”

Sra.: -¿Un mioma desaparece con medicamentos?

Dr.: -No, no desaparece, con cada menstruación puede sangrar, se controla y se vigila. Un mioma no tiene riesgo de cáncer... una *hiperplasia* tiene más riesgo que un mioma. Un mioma se dice que es *estrógenodependiente*, puede desaparecer después de la menopausia, por eso hay que estarlo vigilando (OCER, 1732-1736).

Fisher señala que con esta relación se construye un doble lazo de subordinación en la relación médico-paciente mujer, pues, por un lado, la paciente tiene la limitante de no comprender totalmente el conocimiento médico y las habilidades técnicas del doctor; y, por otro, se encuentra su condición de mujer frente al médico varón (1984: 3).

Esta diferenciación de género se expresa en la manera en que los médicos representan a las mujeres pacientes. Algunos se refirieron a ellas como mujeres-madres y mujeres-amas de casa, antes que mujeres-personas, y a partir de allí se asumen las expectativas de lo que se espera de ellas. Idalia, paciente con diagnóstico de cáncer, expresa:

C: -¿Y qué dijo el doctor? (cuando dio el diagnóstico).

I: -Pues que ya... pues dice, tú tienes tres hijos y tienes que pensarlo por ellos, por tus hijos. Y ya, o sea, me mandó al oncológico a que me hicieran las quimioterapias (E10, 167-171).

Aquí cabría preguntar si la imagen de mujeres-madres-amas de casa debilita la imagen de ciudadana con derechos como mujeres-personas. Una de las respuestas apunta hacia lo que afirman Matamala *et al.* (1995), en cuanto a que las pacientes son objetos de la atención médica, no sujetos activos de la misma.

Además, dichas prácticas atentan no sólo contra el derecho a la información de las pacientes, sino contra el de toma de decisiones que deben ejercer al ser atendidas. También atenta contra la posibilidad de que las mujeres ejerzan una apropiación de sus procesos de recuperación cuando la información sobre cuidados específicos y prevención de daños mayores no es entregada por los prestadores. Evitar estas omisiones mejoraría la calidad de vida de las pacientes con un diagnóstico grave como el cáncer de mama. Como contó Elba:

C: -¿Viste al doctor?

E: -Sí, al ginecólogo y luego ya ahí ya... según la valoración de éste y ya te valora el otro y ya te manda hacer los estudios... y luego ya empieza con los ultrasonidos, mamografías... pues yo no sé, dije, estará bien o estará mal... Me imagino, los pechos en uno, la menopausia (*sic*) es otra y... ¿y la inflamación de los ovarios?

C: –Pero no te dijo el doctor para qué... ¿No le preguntaste tú, qué tiene que ver una cosa con la otra?

E: Pues no le pregunté porque no me dio chanza, salió todo apurado, o sea... nomás me dijo: “le voy a dar dos órdenes”, me dijo, “una para el veinticinco con oncólogo y otra para... ya según la opinión que dé, una segunda opinión, ya... ya le voy a dar hormonas” dijo. Dicen que las hormonas no... no están bien, ¿verdad?

C: –Pero, ¿andas baja de hormonas?

E: –Pues él dijo que no. Pues lo malo es que no dan los resultados ahí de nada, ¿verdad?

C: –Pero tú los llevas...

E: Pero yo no le entiendo... (E3, 584-593).

Elba se encontraba en una etapa de incertidumbre en su proceso de atención, ya que se le había detectado una bolita en el pecho durante una exploración de rutina, y estaba a la espera de un diagnóstico y no entendía por qué se le indicaban estudios y se le canalizaba con el especialista en oncología, si el motivo de consulta por el que había ido al servicio había sido otro. De todas maneras ella estaba siguiendo las indicaciones del médico, con el afán de descartar problemas mayores.

Los médicos asumen que las mujeres no entenderán la información que puedan explicar, consideran que ellas no son capaces de entender, aduciendo varias razones. Cabe preguntarse entonces, ¿cómo toman las decisiones las pacientes? El Dr. Paz y el Dr. Anaya, al preguntárseles sobre esto, explicaron:

Dr: –Algunas no comprenden exactamente cuál es su problema, tampoco tienen... eh, la manera de entender... qué es lo que les está pasando, y si no entiende lo mucho de lo que le está pasando, no hay muchas preguntas.

C: –Sí, yo he visto eso, la información que reciben a veces está en términos que no entienden, dicen, ajá, pero se les ve en la cara que no están captando, no están entendiendo, pero no regresan la pregunta.

Dr: –precisamente, porque sienten a veces, mmh, que pudiera el médico catalogarlas por ignorantes, y para no sentirse abochornadas, a veces nomás es la pregunta (¿cómo me vio doctor?) (OCM1, 467-481).

Dr: –Es un fenómeno muy del tipo... económico de cada paciente, vamos a suponer, a poner tres niveles de atención institucional, la paciente salió de alta en el Seguro y la del ISSSTE, cada una tiene un nivel cultural diferente, y desafortunadamente la paciente de salubridad es la que tiene el nivel económico más bajo, el Seguro es el que sigue... y el tercero es el ISSSTE..., porque la mayor parte de la atención del ISSSTE son maestros y otro personal de oficina, algún otro nivel sociocultural diferente. Conforme van subiendo de escala, las pacientes preguntan más, tienen más capacidad de entender, no es que no tengan capacidad, sino que tengan más facilidad de desenvolverse y más fluidez en hacer preguntas... .

Estas expresiones también aportan a la explicación de por qué, en el caso de los diagnósticos de cáncer, existe una transición rápida entre el momento de dar el diagnóstico de cáncer de mama a la indicación de tratamiento que se entrega de manera prescriptiva, y que deja poco margen de discusión de las opciones y consecuencias de la decisión; por otro lado, se evidencia la práctica de omitir palabras como cáncer, pronóstico, muerte, calidad de vida, curación y mutilación, tanto por los médicos como por las pacientes. Muchas veces el vocablo cáncer es sustituido por “células malas” o “es un tumor malo”. Por el contrario, hay expresiones esperanzadoras, contundentes-prescriptivas, a veces ambiguas y confusas; éstas aluden a la fe religiosa, por ejemplo. Estas observaciones coinciden con otros resultados de investigación que señalan el uso de palabras como “tratamiento” que generan expectativas positivas de curación en los pacientes con cáncer (The *et al.*, 2000).

Esta información también sugiere la manera en que las mujeres toman las decisiones respecto a su tratamiento y los procedimientos médicos. Por lo general, siguen las indicaciones del médico sobre el paso a seguir. Durante las consultas observadas, no tenemos registro de un sólo caso en el que el médico haya dicho “puede ser así o así, ¿cuál prefiere?”, o bien, “están estas dos opciones, pero ésta es más conveniente”. Las pacientes pueden optar sólo en términos de tomar el tratamiento que el médico y la institución ofrecen, o bien, no tomarla, pero ambas posibilidades quedan implícitas. Con expresiones como “es necesario”, “todo va a salir bien”, los médicos minimizan la necesidad de ofrecer explicaciones más amplias y ponen de

manifiesto que son los expertos y deben confiar en ellos. Con esto no se pone en duda su experticia, sino que el cuestionamiento debe enfocarse en su obligación de dar las explicaciones necesarias que convengan con conocimiento a las pacientes y permitan que sean ellas quienes tomen las decisiones.

Generalmente, las decisiones que se toman en la consulta se hacen con base en el miedo, en primer lugar, después en relación con las condiciones de vida, y finalmente, como la única opción ofrecida, es decir, las mujeres tienen dos opciones, aceptar el tratamiento que el médico ofrece o no aceptarlo. No queremos responsabilizar al prestador por las limitaciones institucionales que restringen las opciones de tratamiento, no es este el sentido que buscamos en el análisis, sino señalar la forma en que se lleva a cabo la toma de decisiones y las contradicciones entre el discurso y las prácticas.

Respecto a las repercusiones en los procesos de recuperación por la información no entregada, hay que señalar el impacto que se refleja de distintas maneras en la salud de las pacientes. Nos detendremos especialmente en dos ejemplos. El tamoxifen es un medicamento indicado a las mujeres con cáncer de mama, cuando el tumor o lesión maligna es sensible a la recepción de estrógenos (Kaur, 2003; Clorfene, 1996). Este tratamiento también es conocido como hormonoterapia y se recomienda cuando existen receptores hormonales positivos en el tumor, independientemente de la edad de la paciente. En la Norma Oficial se le llama anti-estrógeno (NOM-041-SSA2-2002). A pesar de sus beneficios terapéuticos, el medicamento posee una serie de efectos colaterales que deben ser explicados cuando es recetado. Sin embargo, en ningún caso observado en el que se indicaba o preguntaba si la paciente continuaba usándolo, fue dada alguna información sobre sus efectos, como se observa en el siguiente registro de observación:

La señora regresa de la exploración y se sienta enseguida de su hija; los doctores regresan y explican a la hija: “Va a tomarse una pastilla diaria para evitar que vuelva a aparecer, por cinco años... le darán radiaciones mes y medio, aproximadamente seis semanas, todos los días”. (Se dirige a la paciente) tiene que ir al especialista... para empezar radiaciones –la señora escucha, no pregunta– “Va a tomar una pastillita...” Le dan la receta y se van (OCM5, 126-129).

No estamos cuestionando las decisiones médicas en cuanto a la pertinencia y los beneficios del medicamento, pero sí la falta de atención para el mejoramiento de la calidad de vida de las pacientes al enfrentar o paliar posibles efectos secundarios. Por su parte, las pacientes tampoco cuestionan qué tipo de medicamento es, o cuáles son sus efectos, y qué podría pasar si no se tomara. Para ellas, la indicación de tomarse la “pastillita” para “evitar que vuelva a aparecer” el cáncer, es información más que suficiente para entender que de eso puede depender su vida.

Otro caso se refiere a las indicaciones sobre los cuidados que las mujeres mastectomizadas deben tener con su brazo, del lado en el que fue la cirugía, sobre todo si han sido extirpados ganglios de la axila. Después de la cirugía son necesarios una serie de cuidados especiales para evitar complicaciones como la retención de líquidos, que puede llegar a un nivel grave;<sup>20</sup> las indicaciones incluyen algunos ejercicios para mejorar el movimiento y el drenaje linfático de la extremidad, así como evitar la exposición a temperaturas altas, cortadas y canalizaciones (como poner suero intravenoso). Durante la observación no se escucharon este tipo de recomendaciones, a pesar de ser una consulta especializada en oncología, en la que los casos de mastectomías son frecuentes y debe aclararse y enfatizarse este tipo de información. Esta falta se constató entre las entrevistadas que tenían cirugía de mama, así como en las entrevistas con las coordinadoras del Grupo Reto, que lo señalaron.

Entre las mujeres entrevistadas con este tipo de cirugía, dos habían sufrido ciertas complicaciones por la falta de cuidados adecuados. A pregunta expresa sobre este asunto, Julia dijo estar desinformada, a pesar de haber pasado por varios médicos especialistas (cirujano oncólogo, oncólogo, residentes y enfermeras):

C: —O sea que... el doctor Anaya, la doctora, la otra (todos los que vio)... ¿nadie le había dicho a usted, ese brazo debe...?

J: —[No] antes no me dijeron nada.

C: —¿Y cuándo se enteró?

J: —Hasta que llegué con L (del grupo Reto) (E11, 1430-48).

<sup>20</sup> Diagnóstico médico: linfedema del brazo y mano.

Por su parte, Verónica tuvo momentos de desesperación ante la incertidumbre de no saber qué debía sentir en su proceso de recuperación de la cirugía, pues su brazo se recuperaba lentamente. Ella se preguntaba si esto era normal:

Quando me duele, me asusto mucho, me pongo a pensar, ¿qué estará pasando allí adentro?... el tiempo corre... (E4, 469-472).

La pregunta que surge entonces es, ¿qué se explica en la entrega y firma del consentimiento informado y requisito previo de las cirugías? Los médicos entienden que representa la autorización firmada de la paciente para realizar cualquier procedimiento quirúrgico, que es un requerimiento legal. Uno de ellos señala que representa más un trámite para evitar problemas legales. Sin embargo, entre los casos observados, sólo se entregó la hoja impresa para firma, sin explicar su contenido o para qué servía, y sólo se indicaba que era requisito para internarse en el hospital. La firma no se llevó a cabo en el propio consultorio, y se hacía el protocolo completo, a pesar de las explicaciones ofrecidas por el Dr. Luna:

Pero la decisión final la tiene el paciente, es quien autoriza el procedimiento que se va realizar, si el paciente... eh, recibe una opción, pero él desautoriza, evidentemente no podemos ayudarlo, porque eso implica un desacuerdo y un problema legal potencial en la relación de médico-paciente... La autorización se realiza cuando el paciente está de acuerdo, él la firma conforme el médico, y deben de estar presentes, de preferencia, dos o tres testigos, para poder... programar una paciente... La carta de consentimiento informado, o sea, cómo le... primero se le da una información, debe de darse una información amplia de los pacientes acerca de... cuál es la alternativa del tratamiento, cuáles son los beneficios que pudiera obtener, cuáles son las complicaciones que pudiera haber, tanto infecciosas como lesiones físicas, o órganos... (OCM3).

Otra dimensión de esta omisión cotidiana se refiere a la ausencia de información sobre sexualidad(es). Quizá bajo el argumento de mantener la neutralidad afectiva (Parsons, 1982), los médicos omiten casi por completo alusiones a cuestiones de esta índole, a pesar de ser un área de la atención

médica que se especializa en ginecología. El interrogatorio se concentra especialmente en el órgano enfermo, en los síntomas que presenta la paciente y en la exploración ginecológica; la disección termina, con lo que se da así una atención aislada de toda connotación de las vivencias de la sexualidad. Estos resultados son compatibles con lo encontrado en otros estudios, como el de Matamala *et al.*, en el que se encontró que en 90 y 100% de las consultas observadas en el servicio de paternidad responsable se hace una evidente omisión de la sexualidad, a pesar de su cercanía a esa dimensión en la vida de las pacientes: “[la omisión] de la sexualidad en las atenciones de la salud reproductiva... es quizás una de las constataciones más relevantes en cuanto al refuerzo de los códigos del sistema de géneros. La desigualdad de poder se re-construye en esa omisión/negación de la sexualidad femenina” (1995: 124).

Dr.: -Pásele, ¿qué trae? ¿Qué le pasa?

Sra.: -Es que me sale un líquido de los pechos.

Dr.: -¿De los dos?

Sra.: -Sí.

Dr.: -¿De qué color es?

Sra.: -Es café y a veces cristalino.

-Dr.: ¿Y desde cuándo tiene eso?

Sra.: -Desde hace como diez años, ya estuve en el seguro pero siempre me dijeron que era normal, me hicieron mamografía y me hicieron estudios, pero me dijeron que no era nada... y hay veces que me duelen mucho, que no me puedo ni tocar, ni bajar los brazos... .

Dr.: -Pase para revisarla.

La señora se levanta sin decir más, se dirige al baño a cambiarse, como se lo indican; sale del baño, el residente se levanta y lo sigue el doctor.

Mientras, llega otro residente a buscar el libro de la programación de cirugía y discuten un poco sobre la última fecha libre en el quirófano, al mismo tiempo que realizan la revisión de la señora, finalmente acuerdan y el residente se va y deja la puerta entreabierta. Mientras, no se dirigen a la señora para explicarle lo que están haciendo y están viendo.

Los doctores siguen en la revisión:

R.: -¿Pero ahorita no trae?

Sra.: No, es que a veces no traigo, pero sí me molesta mucho...

Dr: –Es que a veces es por estimulación, cuando la pareja le chupa los pezones o usted se toca demasiado puede estimular...

Sra: –Pero no, casi no me toco...

Los doctores terminan la revisión (y no continúan con alguna explicación) y regresan a su escritorio, la puerta sigue abierta. Llega la enfermera y se sienta en la otra esquina frente a la puerta, pero no la cierra. Unos minutos después el doctor pide al residente que la cierre y se dirigen a la paciente, indicándole un estudio de prolactina.

Sra: –Y es que me preocupo, ¿qué tal si es otra cosa?

Dr: –No. No es otra cosa, es por estimulación, usted olvídense de eso. No cheque que si le sale o no, olvídense de eso. En quince días la vemos con los resultados de estos análisis y no se preocupe. La señora se despide y se va (OCM2, 394-417).

Como puede notarse, la referencia a la sexualidad de la paciente quedó apenas mencionada. Como vemos en este registro, y en muchas otros, se observaron entradas y salidas de otros prestadores como médicos, enfermeras o personal administrativo ajeno a la consulta, que llegaban a buscar, preguntar o resolver alguna cosa. Estas interrupciones ocurrían muchas veces en el momento de la exploración física, por lo que las visitas pasaban al fondo del consultorio, donde estaba ubicada la mesa de exploración y se congregaban los médicos y la enfermera. En algunas ocasiones, por ejemplo, llegaban a buscar el libro de la programación del quirófano o a preguntar otras cosas; a veces buscaban a la enfermera, saludaban a los médicos cuando realizaban la exploración y nadie, nunca, les pidió salir o esperar en el área del consultorio, lo que demuestra qué tan común y aceptada es esta práctica dentro de la cotidianidad de la consulta. Esta práctica es más común en unos médicos que en otros. Este tipo de prácticas incrementan la incomodidad de las pacientes y atenta contra su derecho a recibir una atención de calidad, ofreciendo privacidad durante la consulta, sobre todo durante la exploración, y atentan contra su dignidad al permitir que sufra una mayor vergüenza al exponerla a personas extrañas al grupo médico que la atiende.

Aunque la presencia de una asistente representa una especie de garantía de que los médicos respetarán la intimidad de la paciente –lo que es además atención ginecológica y lo que implica–, esto se relativiza cuando están expuestas a ser vistas o interrumpidas por otros prestadores. Habría que

preguntarse hasta qué punto la incomodidad de las mujeres, al pedirles que pasen a revisión, se deba en parte al pudor y la vergüenza propias de exponer sus cuerpos, y otra al antecedente de que alguien ajeno al médico tratante pueda entrar al consultorio y ellas no puedan hacer nada.

En breve, como sujetos sociales, las mujeres pacientes reciben la influencia de una serie de condicionantes socioculturales que aportan al mantenimiento o a la transformación de su estatus de subordinada, aunque hemos visto que la consulta médica no es un espacio social que tenga una función transformadora; más bien tiende a mantener el *status quo* de la jerarquía de la medicina en la atención de la población, a pesar de representar un espacio idóneo para ello, como señalan Matamala *et al.* (1995). Los derechos a la información, a la privacidad y a la dignidad en la consulta médica, están mediados por estas condicionantes socioculturales, al ser parte de derechos más amplios como la autonomía en la toma de decisiones y el derecho a una atención de calidad.

## COMENTARIOS FINALES

Como este estudio evidencia, muchas prácticas cotidianas en la atención médica atentan contra el derecho a la información, la privacidad y la dignidad de las mujeres pacientes, a pesar de los avances en la normatividad; hay que recordar que estos derechos se ubican dentro del ejercicio de la ciudadanía tanto como respecto a tomar decisiones con autonomía sobre el cuerpo propio. Sin embargo, hay que enfatizar que las implicaciones de estas violaciones rebasan el universo mismo de la práctica médica, al implicar las condiciones de posibilidad en la apropiación, ejercicio y respeto por estos derechos, tanto de parte de las mujeres pacientes como de los prestadores médicos.

Aunque hemos sostenido a lo largo de este trabajo la relación de dominación/subordinación en la relación médico-paciente, queremos enfatizar que dicha relación se objetiva especialmente en el espacio de la consulta, en la relación cara a cara entre médico y paciente, que no deja de estar enmarcada por la institución de salud y sus condicionantes, y las propias

de las pacientes mujeres que acuden al servicio. La autonomía del paciente se vuelve más difícil de atender cuando su mundo y el del médico son tan distintos, en poder y conocimiento, y domina quien los posee. Sobre todo debe considerarse que dicha autonomía queda en entredicho cuando las pacientes pertenecen a grupos que han sido tradicional y sistemáticamente discriminados como el de las mujeres, en un espacio y una cultura, como la médica, que es especialmente jerárquica, por la condición de pobreza de los destinatarios de la atención.

Cabe enfatizar que en la relación de dominación, las mujeres pacientes consideran que la situación en la que se encuentran es inamovible, al formar parte de reglas institucionales que no son capaces cambiar; en la que el margen de libertad en la gestión de la atención y las decisiones que van tomando en sus procesos se amplía o reduce dependiendo del momento del proceso y de los demás implicados. Pero es en la consulta y en la interacción con los médicos que dicho margen se reduce sustancialmente al no intervenir en la organización (rutinas), espacio o prácticas no permitidas como la entrada de otros prestadores en el momento de la consulta o exploración. En el caso de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama se fortalece la percepción de que deben cumplir todas las reglas institucionales, tanto en el espacio médico como en su relación con los prestadores, pues consideran que de esta manera podrían obtener beneficios mayores en los servicios. En este caso, el derecho a tomar decisiones se restringe a seguir la indicación médica o rechazarla, lo que relativiza la definición de que las decisiones se toman con el acceso y comprensión de información oportuna. Decía en párrafos arriba que el problema de las prácticas violatorias es complejo y multidimensional, en éste intervienen distintos niveles del campo de la atención médica y conforma los distintos hábitos de médicos y pacientes, al mismo tiempo que participan en el sostenimiento, reproducción o ajuste a dichas condicionantes.

Por todo esto, hay que diferenciar diversos niveles de decisión. Afirmamos que las mujeres tienen un margen de libertad en la toma de decisiones, durante su trayectoria de gestión como pacientes (entendiendo por esto las gestiones, los trámites y hacer antesala) y, por supuesto, desde el momento en que deciden acudir al servicio de salud. A partir de allí, van buscando los

distintos caminos de gestión para llegar con el médico especialista. Sin embargo, las decisiones más importantes en todas las trayectorias se refieren a aquellas que tienen que ver directamente con su problema de salud y que atenta contra su corporalidad, motivo por el cual realizan todo el proceso. Es en el espacio de la consulta médica que las mujeres parecen depender de las decisiones que los prestadores ofrecen tomar por ellas, bajo el argumento de que son ellos los del saber especializado.

Entre los médicos existe una fuerte percepción de que son las pacientes quienes toman las decisiones, un discurso que se entrelaza con lo conocido en la normatividad (obligatoriedad del consentimiento informado). Algunas entrevistadas refirieron la falta de información oportuna sin reconocer que esto es una falta del médico o de la propia institución y una falta de respeto al derecho a la información. Varias reportaron su incomodidad por las repetidas exploraciones ginecológicas, pero no consideraron la posibilidad de negarse; una mujer expresó de manera reiterada su desconfianza en los médicos, por no comunicarle totalmente la verdad sobre su enfermedad, sin embargo, nunca solicitó de manera directa y explícita dichas explicaciones.

El encuentro médico-paciente representa una situación micropolítica, primero por el evidente uso del poder sobre el espacio, el habla, las rutinas, la información y el tiempo en lo que se refiere a la situación “en concreto” del encuentro, pero también porque refleja una serie de condicionantes macrosociales que tienen que ver con la organización institucional, la normatividad que la sustenta, así como los objetivos del Estado como proveedor de los servicios de salud. En estudios sociolingüísticos, se observó que en las conversaciones médico-paciente en una consulta de planificación familiar, la relación médico-paciente es implícitamente un conflicto (Todd, 1993).

A pesar de los malestares, inconformidades y dudas de las mujeres sobre la atención médica y sus procesos de atención, todas agradecen la atención recibida. Pero detrás de esto se identificó en las narrativas de algunas de ellas, nociones de lo que podría considerarse *derecho a*, por un lado, en la expresión de esos sentimientos, y por otro, a través de acciones que tienen como fin último mejorar sus expectativas, al tomar la iniciativa de hacer más allá de lo que se les ofrece en la institución.

Sin embargo, y quiero insistir en esto, la consulta médica y el encuentro médico-paciente, no es el espacio en el que se evidencia este tipo de decisiones, aunque se conocieron algunas excepciones de mujeres que realizaron acciones contrarias a la indicación médica, como expresar quejas, no aceptar de entrada la revisión ginecológica, no aceptar la cirugía, no hablar sobre algún tema, no responder alguna pregunta del médico, todo lo cual pudiera tomarse como la expresión del estrecho margen de libertad consciente o no racionalizada que pudo identificarse en la consulta. Pero también hay que reconocer que dichas acciones fueron anuladas al final, y lo que prevaleció fue su falta de control del evento médico y su posición subordinada frente al médico.

En este trabajo se identificaron varios de los mecanismos que subyacen en el agradecimiento de las pacientes a pesar del agravio o la inconformidad. Tanto en sus narrativas como en sus prácticas se traslucen una violencia simbólica en la consulta médica y en la relación médico-paciente. De parte de los médicos, estas expresiones se identifican en algunos presupuestos que dirigen sus prácticas, expresados en los discursos y las acciones, durante su interacción con las pacientes:

- Al hacer la exploración física presupone que la paciente “ya sabe a lo que va” o debe saberlo. Por ello quizá no necesita explicar detalladamente lo que va hacer.
- Los prestadores, tanto médico, residente, como enfermera, no consideran que las instrucciones explícitas y detalladas harán que las pacientes permitan la exploración; se da por un hecho que ésta se llevará a cabo en el momento que ellos ordenan: “Pase a revisión”. Esta es una manera de ejercer su poder, la autoridad del que sabe sobre la que no sabe, de su investidura, sobre la mujer paciente.
- Médico y residente presuponen que ésta es una manera de enfocarse a “la parte” afectada, dañada, que ellos deben revisar y curar, sin dar mayor importancia a los sentimientos y sensaciones de la paciente.

Pero de parte de las mujeres pacientes se identifica:

- Las mujeres reconocen su propia condición de mujeres pobres en desventaja (contexto de pobreza), que las lleva a asumir un papel subordinado y fundamentalmente pasivo, pero además se identifican expresiones de la construcción y desigualdad de género como la subordinación y el sufrimiento.
- Entre las mujeres existe la percepción de que las condiciones en la consulta son hechos dados como inmutables y rígidos.
- Triple subordinación: ser mujeres, pacientes y pobres.

Las maneras que busquen revertir las relaciones de dominación/subordinación entre médico y paciente, deben incluir los distintos niveles que intervienen, especialmente a los propios actores de la interacción médico-paciente en la consulta, y no excluir las acciones colectivas en el contexto sociopolítico, que aportarían al desarrollo de condiciones de posibilidad para que estos derechos sean claramente respetados.

Si bien es cierto que hemos privilegiado el análisis sobre la relación médico-paciente, quiero dejar enunciado, que los médicos (titulares y residentes), como trabajadores del sistema de salud, dependen no sólo de las condiciones laborales y de capacitación que se les ofrezca en sus instituciones en particular, sino de una cultura más compleja y hegemónica como es la médica. Conseguir cambios en ésta, también deberá ser una tarea paralela a la educación y la socialización de los derechos de las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Medical Association (1998). *Informed Consent* [En línea], disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4608.html> [Fecha de consulta: abril 2006].
- Berger, P. y Luckman, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Bianco, M., Durand, T., Gutiérrez, M. A., Zurutuza, C. (eds.). (1998). *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*. Buenos Aires, Argentina: CLADEM, FNUAP, FEIM.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- \_\_\_\_\_. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- \_\_\_\_\_. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. España: Palimpsesto.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. J. D. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- \_\_\_\_\_, Chamboredon, J. C., Passeron, J. C. (2004). *El oficio de sociólogo*. Argentina: Siglo XXI.
- Bruce, J. (1998). *Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo (Documentos de trabajo núm. 21)*. México: Population Council, INOPAL.
- Cano V., A. Sirgo, Díaz-Ovejero, M. B., Pérez-Manga, G. (1997). Ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. *Revista Electrónica de Psicología* (vol. 1, no. 1, 53 párrafos). Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art\\_5.html](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_5.html)
- Cervantes, A. (2000). Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una propuesta analítica. En: B. García (coord.). *Mujer, género y población en México*. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía (pp. 363-430).
- Christman, J. (2004). Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves. *Philosophical Studies* (vol. 117, pp. 143-164).
- Clorfene, L. (1996). *Breast Cancer: Poisons, Profits and Prevention*. Monroe, Michigan: Common Courage.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed). (2004). *Consentimiento válidamente informado*. México: Conamed.
- Cook, R. (1994). *La salud de la mujer y los derechos humanos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- \_\_\_\_\_. (1995). Human Rights and Reproductive Self-determination. *The American University Law Review* (vol. 44, núm. 4, pp. 975-1016).
- \_\_\_\_\_, Dickens, B. y Fathalla, M. (2003). *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Profamilia.

- Del Vecchio Good, M. J. y Good, B. J. (2000). Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor-Patient Relationships. En: G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick y S. C. Scrimshaw (eds.). *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. Londres: Sage (pp. 243-258).
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica y los métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- \_\_\_\_\_ (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: Perspectivas en salud pública*. México: INSP.
- \_\_\_\_\_ (1993a). Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. En: *Salud Pública de México* (vol. 35, no. 1, pp. 94-97).
- \_\_\_\_\_ (1993b). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. En: *Salud Pública de México* (vol. 35, núm. 3, pp. 1-27).
- Ehrenreich, B. y English, D. (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- Emerson, J. P. (1970). Behavior in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynecological Examinations. *Recent Sociology* (núm. 2, pp. 215-234).
- Figueroa, J. G. (1999). Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana. En: A. Ortiz (comp.). *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Edamex (pp. 147-190).
- Fisher, S. (1984). Doctor-Patient Communication: a Social and Micro-Political Performance. *Sociology of Health and Illness* (vol. 6, núm. 1, pp. 1-29).
- Foucault, M. (1997). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Gambone, J. C. y Reiter, R. C. (1997). Hysterectomy: Improving the Patient's Decision-Making Process. *Clinical Obstetrics and Gynecology* (vol. 40, núm. 4, pp. 868-877).
- García Inda, A. (2001). Introducción. La razón del derecho: entre habitus y campo. En: P. Bourdieu. *Poder, derecho y clases sociales*. España: Palimpsesto (pp. 9-60).
- Goffman, E. (1971). *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. España: Alianza.
- Hinojosa, C. (2000). El movimiento internacional de las mujeres: una nueva lectura del mundo viaja por diferentes idiomas. En: C. Bunch, C. Hinojosa y

- N. Reilly (eds.). *Los derechos de las mujeres son derechos humanos. Crónica de una movilización mundial*. México: Edamex.
- Kaur, S. D. (2003). Breast Disease Treatments”. En *The Complete Natural Medicine Guide to Breast Cancer. A Practical Manual for Understanding, Prevention & Care*, Canada, Robert Rose (pp. 295-317).
- Lamas, M. (2001). Movimiento feminista y discurso político: los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna. En: J. G. Figueroa y C. Stern (coords.). *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. México: El Colegio de México (pp. 177-194).
- Lister, R. (2003). *Feminist Theory and Practice of Citizenship* [En línea]. Disponible en: <http://www.dvpw.de/data/doc/ad-hocCitizen.pdf> [Fecha de consulta: 2004].
- López Carrillo, Lizbeth; Torres Sánchez, Luisa; López Cervantes, Malaquías; Rueda Neria, Celina (2001). Identificación de lesiones mamarias malignas en México. En: *Salud Pública de México* (vol. 43, núm. 3, pp. 199-202).
- Matamala, M. I.; Berlagoscky, F.; Salazar, G., Núñez, L. (1995). *Calidad de la atención. Género, ¿salud reproductiva de las mujeres?* Santiago, Chile, OPS, Gobierno de Holanda.
- Meer, S. y Sever, CH. (2004). *Género y ciudadanía. Informe general*. [En línea]. Disponible en: [www.ids.ac.uk/bridge/reports/Spanish-OR-citizenshipw2.doc](http://www.ids.ac.uk/bridge/reports/Spanish-OR-citizenshipw2.doc) [Fecha de consulta: 2004].
- Menéndez E. (ed.). (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión)*. En: *Salud*, vol. 86. México: CIESAS.
- ONU (2002). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* [En línea]. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw\\_sp.htm](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm) [Fecha de consulta: enero de 2006].
- OPS (2000). *Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva*. México: FNUAP, OPS/OMS.
- \_\_\_\_\_ (2004). *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega, D. (2003). Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: Desencontro entre las mujeres y los servicios de salud. En: Bronfman, M. y C. Denman (eds.). *Salud reproductiva: temas y debates*, Cuernavaca, Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública (pp. 157-179).

- Ortiz-Ortega, A. y Helzner, J. (2003). Opening Windows to Gender: A Case Study in a Major International Population Agency. En: *Social Politics* (vol. 10, pp. 129-152).
- \_\_\_\_\_ (1999a). Introducción. En: A. Ortiz-Ortega (comp.). *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*. México: Edamex, Universidad Autónoma Metropolitana (pp. 27-68).
- \_\_\_\_\_ (1999b). El papel de los derechos reproductivos en la construcción de ciudadanía para las mujeres. En: A. Ortiz-Ortega (comp.). *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*. México: Edamex, Universidad Autónoma Metropolitana (pp. 207-256).
- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Ed. Alianza Universidad.
- Pittman, P. (1999). Conclusiones. En: *Género y calidad de atención. El caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, Argentina*. México: OPS, CIID, AECI (pp. 89-107).
- Poblano-Verástegui, Ofelia; Figueroa-Perea, Juan Guillermo; López-Carrillo, Lizbeth (2004). Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México* (vol. 46, núm. 4, pp. 294-305).
- Ruelas, E. (1992). Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. En: *Salud Pública de México* (vol. 34, pp. 29-45).
- \_\_\_\_\_ (1993). Calidad, productividad y costos. En: *Salud Pública de México* (vol. 35, núm. 3, pp. 298-304).
- Secretaría de Salud (SSA). (2003). *Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. México, SSA.
- Sherwin, S. (1998). A Relational Approach to Autonomy in Health Care. En: S. Sherwin (coord.). *The Politics of Women's Health. Exploring Agency and Autonomy*, Philadelphia, Temple University Press (pp. 19-47).
- \_\_\_\_\_ (1996). Hacia una ética feminista del cuidado de la salud. En G. Careaga, J. G. Figueroa y M.C. Mejía (comps.). *Ética y salud reproductiva*. México: Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Investigación en Salud (pp. 259-287).
- Schutz, A. (1995). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Silverman, D. (1994). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Londres: Sage.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. España: Santillana.
- SSA (2002). *Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer de Mama 2001-2006*. México: SSA.
- Tavares, J. S. C. y Bomfim, L. A. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Caderno Saúde Pública* (vol. 21, núm. 2, pp. 429-435).
- The, A. M., Hak, T. Koëter, G. van der Wal, G. (2000). Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. En: *BMJ* (núm. 321, pp. 1376-1381).
- Todd, A. D. (1993). A Diagnosis of Doctor-Patient Discourse in the Prescription of Contraception. En: S. Fisher y A. D. Todd (eds.). *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Norwood, NJ: Ablex Publishing (pp. 183-209).
- Turner, B. S. (1995). *Medical power and social knowledge*. Londres, Sage.
- Tuñón, E. (1997). *Mujeres en escena: de la tramoya al protagonismo (1982-1994)*. México: Porrúa, UNAM, Ecosur.
- Yalom, Marilyn (1997). *Historia del pecho*. México: Ed. Tusquets.
- Waitzkin, H. (1991). *The Politics of Medical Encounters. How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. EUA: Vail-Ballou Press.
- Weiner, A. (1997). La ciudadanía como estrategia política. En: *La Ventana* (núm. 5, pp. 14-22).
- West, Candance (1984). When the Doctor is a "Lady": Power, Status, and Gender in Physician-Patient Encounters. En: *Symbolic Interactionism* (vol. 7, núm. 1, pp. 87-106).
- Zurutuza, C. (1998). El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: ¿Utopía y estrategia? En: M. Bianco, T. Durand, M. A. Gutiérrez y C. Zurutuza (eds.). *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*. México: CLADEM, FNUAP, FEIM.



## A MANERA DE CONCLUSIÓN: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS IDENTIDADES EN EL MARCO DE LA CIUDADANÍA SEXUAL

ADRIANA LEONA ROSALES MENDOZA

El género, como construcción social de las diferencias sexuales, nos permite –como enfoque de análisis y como objeto de estudio– un acercamiento al tema de las sexualidades, los derechos y las identidades. Como perspectiva hace evidentes las desigualdades sociales que padecemos las mujeres en virtud de nuestro sexo. Como objeto de estudio nos da la posibilidad de comprender más sobre la construcción y reconstrucción de las nuevas identidades genéricas y sexuales. En el camino que hasta ahora hemos recorrido para legitimar la perspectiva de género, el campo de las sexualidades y los derechos se está consolidando; todavía es necesario colocarlo como un objeto de estudio dentro de diferentes cursos curriculares universitarios para fortalecer las políticas públicas nacionales e internacionales. En cuanto a la investigación, los propios estudiosos/as de estas temáticas hemos privilegiado las sexualidades “normales” es decir, heterosexuales y reproductivas, y hemos dejado de lado los estudios sobre la diversidad sexual y la dimensión placentera de la sexualidad. En ese sentido, las aportaciones de este libro han tenido como tema de interés a algunas de las que podríamos denominar nuevas identidades como son las que ejercen las mujeres que viven con VIH o las de jóvenes que luchan por su derecho al placer; sin embargo, sabemos que hacen falta otros estudios para dar cuenta de cómo se están construyendo estas nuevas identidades en su cruce con las sexualidades

y el ejercicio de los derechos. Hacen falta investigaciones sobre la influencia de los medios de comunicación en las nuevas prácticas de sexualidad y sus significados (técnicas corporales, juguetes sexuales, bombas de vacío para la erección, vibradores vaginales y peneanos), sexo cibernético; estudios sobre la pedofilia desde una dimensión social, etcétera.

Este libro ha tenido como objetivo presentar algunas de las investigaciones y discusiones más recientes sobre temas vinculados al amplio campo de las sexualidades. Si bien, las investigaciones teóricas y empíricas cuantitativas y cualitativas en el área de la salud reproductiva nos han permitido saber cada vez más sobre comportamientos de las poblaciones en cuanto a fecundidad, embarazo, ITS, VIH-SIDA, etcétera, y los derechos sexuales están siendo ampliamente abordados y defendidos desde la academia y el activismo, también es cierto que el campo de estudios de las sexualidades desde un enfoque histórico-social está en ciernes. Las diversas expresiones de la sexualidad constituyen hoy en día un abanico amplio de posibilidades en sociedades que, paradójicamente, son ahora más iguales que antes debido a la globalización económica y la mundialización cultural. A pesar de la producción académica existente en la actualidad para dar cuenta de esta diversidad sexual, hay temas pendientes de abordar; el placer es uno de ellos, pues, o los/las investigadores/as no han reparado en él, o las mujeres y los hombres de distintos contextos tienen aún mucho temor de expresar sus sentimientos, deseos, fantasías y necesidades sexuales.

Así, es difícil hallar textos como el de Yuriria Rodríguez, cuyo hilo conductor es precisamente el placer. Su trabajo es pieza clave como guía para intentar plantear nuevas preguntas de investigación en el campo de las sexualidades. Sin embargo, no es suficiente a pesar de la riqueza de los testimonios vertidos por los jóvenes entrevistados; hacen falta nuevos y más estudios sobre lo que representa el placer para mujeres y hombres de otros contextos, ¿qué significa, por ejemplo, para las poblaciones indígenas o para quienes emigran hacia Estados Unidos?, ¿qué sentidos le confieren las mujeres y los varones ancianos o los discapacitados? Con todo, este capítulo nos permitió un acercamiento a esa diversidad a través de los testimonios de jóvenes de ambos sexos pertenecientes a estratos socioeconómicos privilegiados de la Ciudad de México. Un sector poco estudiado, ya que la mayoría de los estudios sobre salud sexual y

reproductiva, derechos y sexualidades se han enfocado a personas de escasos recursos económicos. Los entrevistados por Rodríguez son adolescentes bien informados en cuanto a sus derechos sexuales, con un bagaje cultural mayor que la media y educados en una escuela de corte activo. Tienen recursos personales para expresar lo que piensan y sienten, y para hablar sobre sus deseos y fantasías sexuales como manifestaciones del erotismo.

Es distinto para las mujeres indígenas (nahuas y mayas), cuyos testimonios presenté en el capítulo “Sexualidades, identidades de género y cuerpo entre mujeres indígenas en contextos urbanos”, pues los significados conferidos al cuerpo por las entrevistadas continúan, en parte, anclados a pautas culturales específicas, las cuales, por cierto, se resignifican en los nuevos contextos urbanos. Así, la posibilidad de experimentar placer en su vida sexual está mediatizada por el sentido que se confiere al ser mujer en sus culturas particulares. Para las mujeres indígenas, incluidas en el capítulo, continúan siendo relevantes ciertas prácticas que inducen a las mujeres o a los hombres al “mundo genéricamente aceptable” para cada uno/a. Las fiestas paganas o religiosas se constituyen en espacios en los cuales se puede dar inicio a una relación afectiva (donde los jóvenes se cortejan) que con el tiempo culminará en un matrimonio. Por ejemplo, algunos rituales entre los mayas yucatecos inmigrantes en Cancún han entrado en desuso, como es la ceremonia para pedir agua a los *chaques* a fin de obtener buenas cosechas en la milpa; sin embargo, continúa vigente (y quizá por poco tiempo) el rito de asignación genérica, es decir, el *hetz mek*, mediante el cual se induce a las mujeres a los espacios femeninos, y a los hombres a aquellos tenidos como masculinos. El placer entre las mujeres indígenas a que se refiere este texto está también atravesado por ciertos preceptos de las religiones cristianas (en este caso, católica); principios anclados en los conceptos de culpa y de pecado atribuidos a la sexualidad de las personas.

Pero más allá del placer sexual existen otras problemáticas asociadas al bienestar sexual y genérico de las mujeres y, al parecer, ni siquiera las mujeres empoderadas se salvan de ser maltratadas. Al menos éste es el cuestionamiento inicial de José Antonio Candelas en su capítulo. El autor, como vimos, va mucho más allá de las explicaciones tradicionales acerca de qué causa la violencia contra las mujeres en el entorno familiar, como aquella

del “masoquismo” que aseveraba que las mujeres debían experimentar cierto tipo de placer al ser maltratadas, o la del alcoholismo o las drogas como causantes de esta problemática y, por supuesto, trasciende la idea de que la violencia es causada por la víctima. Para hacer frente a estas supuestas revelaciones, acude al modelo ecológico, y concluye que las mujeres empoderadas (como otras mujeres) pueden sufrir violencia en caso de haber presenciado maltrato intrafamiliar en la infancia. Si bien el empoderamiento femenino puede implicar una ruptura con los papeles de género tradicionales, los indicadores para medir el empoderamiento podrían estar midiendo más que igualdad de condiciones con los varones, inequidades de género apropiadas precisamente porque la mujer adquirió poder. Así, el autor sugiere ser cautelosos con las explicaciones generales acerca de las causas de violencia en contra de las mujeres por parte de sus parejas.

En el mismo tenor, Schiavon, Ortiz, Ubaldi y Troncoso se refirieron a la experiencia de un proyecto desarrollado por una OSC para atender a mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. Dicha iniciativa fue implementada en tres hospitales del sector público en el Distrito Federal y los estados de México y Tlaxcala, lo que permitió evaluar el papel de la institución frente a esta problemática que padecen miles de mujeres en México. Las autoras señalan una cuestión impostergable en la construcción de nuevos senderos, el reconocimiento que las instituciones y las políticas públicas deben dar a la problemática de la violencia sexual hacia las mujeres, lo cual implica un cambio profundo en una cultura que reproduce creencias, estereotipos, actitudes y valores de género que se traducen en una violencia contra las mujeres socialmente legitimada. En este sentido, proponen la integración de recursos a partir de lo que denominan una *política global*, que contemple acciones paralelas en los ámbitos educativo, legislativo, judicial, de salud, de seguridad pública y de empleo, entre otros.

Pero las inequidades (o equidades) se experimentan no sólo entre heterosexuales, sino también entre parejas homosexuales en distintos espacios de la sexualidad. En el caso de experiencias reproductivas y de paternidad y maternidad en homofamilias, Ángeles Haces encontró que estas parejas, generalmente, comparten más la crianza de los hijos que las parejas heterosexuales, entre las cuales, tradicionalmente, los papeles de género y la división sexual

del trabajo son más rígidos. Sin embargo, y a pesar de que estas mujeres y hombres aprendieron los papeles paterno y materno de figuras parentales cercanas, las relaciones que establecen con los hijos/as son más reflexivas y menos autoritarias. Aun cuando las y los sujetos de estudio a que hace referencia este capítulo se criaron en medio de discursos heteronormativos que reafirman lo que se concibe tradicionalmente como “normal” o “natural”, en sus relaciones cotidianas intentan establecer vínculos de mayor equidad. Con todo, la maternidad y paternidad ejercidas dentro de parejas homoeróticas es un derecho aún por consolidar, como lo es también el derecho a la salud de las mujeres que viven con VIH/SIDA; ambos sectores de la población enfrentan discriminación tanto genérica como sexual.

Betania Allen se refirió a las problemáticas específicas de mujeres con VIH/SIDA a través de los hallazgos de dos estudios que permiten apreciar el contexto de la enfermedad. De esta forma vimos cómo ciertas cuestiones de género determinan la satisfacción de las necesidades de atención médica, social y económica que tienen estas mujeres. Su ser femenino define en mucho su participación en actividades (trabajo de parentesco, como lo denomina la autora) de reproducción del espacio doméstico y de cuidado y atención de otras personas de la familia, hijos/as, padres/madres, pareja (cuando la tienen) tanto si éstos se encuentran sanos o enfermos; pero al mismo tiempo, reafirma su capacidad para “disponer de sí mismas” y les permite enfrentar la “contaminación simbólica” de que son objeto ante la representación de sus cuerpos como “teñidos de muerte”.

Por su parte, María del Carmen Castro profundizó en la consulta médica como un espacio para ejercer derechos; derecho a la información, a la privacidad y a la dignidad, en este caso, entre mujeres con patología mamaria benigna y con cáncer de mama. El texto ilustra el debate existente en cuanto a la autonomía de las mujeres, esto es relevante porque, evidentemente, hace falta todavía explorar más a fondo sobre qué significados puede tener este concepto para las mujeres de diversas condiciones; por lo que se plantea que sólo tiene sentido hablar de autonomías “contextualizadas o socialmente situadas”, pues si no la investigación carece de sentido. Colocar, aún más en la agenda de promoción de las políticas públicas de salud el tema del consentimiento informado resulta también necesario, así

como continuar promoviendo un enfoque de derechos que considere no sólo la opinión médica sino, sobre todo, lo que las mujeres tienen que decir y defender sobre su cuerpo. Hay mucho que explorar en la relación paciente-médico o prestador de servicios de salud. Estas discusiones constituyen algunos de los derroteros impostergables que habremos de transitar si queremos producir estudios con perspectivas más prepositivas en los campos de las sexualidades, los derechos y la salud reproductiva.

Para continuar con el tema de la atención en salud, Lourdes Camarena trató en su texto el caso de la calidad de la atención médica en mujeres embarazadas. Ella argumentó a favor de que se incorpore una perspectiva de la calidad desde el punto de vista de las usuarias, basándose en los principios de derechos humanos defendidos en las diferentes plataformas de acción sobre la condición de las mujeres (Viena, El Cairo, Pekín, entre otras). Una tarea que ha sido anotada en las agendas internacionales y defendida por organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil desde hace varios años en México. La autora indica en este estudio que lo que las investigaciones antropológicas requieren es implementar nuevas técnicas de recolección de datos para la elaboración de etnografías. Así, propone la utilización del “listado libre” (en conjunción con otras técnicas de análisis) para primero conocer qué es lo que las personas bajo estudio entienden por el problema planteado por la investigadora (o investigador). El listado libre parece una técnica elemental pero en el fondo permite conocer datos sistemáticos sobre un dominio cultural, es decir, sobre las palabras, conceptos o frases que se refieren a una sola esfera conceptual. Con ello es factible concebir a las y los sujetos de estudio como algo más que meros objetos de conocimiento; entender qué piensan, cómo emplean el lenguaje, cómo explican ciertos conceptos, etcétera, y con ello comprender más sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Y son precisamente los conceptos de derechos de igualdad y equidad para las mujeres, así como perspectiva de género, los que Adriana Ortiz Ortega enfatizó en su capítulo sobre puntos de encuentro (y desencuentro) entre feminismos, masculinidades y género. Para los feminismos, las discusiones teóricas o la inmersión de los conceptos en las agendas de los gobiernos internacionales y organismos no gubernamentales han estado, históricamente, vinculadas con los movimientos sociales, en tanto que, el

desarrollo teórico sobre las masculinidades no ha logrado relacionarse ampliamente con movilizaciones sociales de varones que luchan por la equidad de género. Uno de los puntos centrales de este texto es el poder, cuyo análisis en estudios de la masculinidad no se ha profundizado desde las complejas relaciones institucionales, debido, entre otras cosas, a la ausencia de un movimiento amplio de hombres que defienda la equidad genérica. El camino recorrido por los distintos feminismos ha sido otro, pues el poder se ha colocado como un tema relevante no sólo en la academia, sino, sobre todo, en el movimiento amplio de mujeres.

Los nuevos estudios sobre sexualidades, identidades y derechos implicarán en el futuro considerar aún más los conceptos de democracia y ciudadanía sexuales. Desde un enfoque de democracia sexual se plantea la necesidad de realizar una crítica constante a la normatividad existente, es decir, de trascender la idea de que la sexualidad debe ser normada, disciplinada, alienada o domesticada por la educación. Es una propuesta que parte del constructivismo social como paradigma que explica *cómo, por qué, para qué* hemos inventado los humanos la sexualidad que vivimos en este momento histórico y espacial. El *cómo* tiene que ver con los significados que atribuimos a nuestras concepciones y prácticas de sexualidad, los cuales son distintos de los que han tenido otras culturas en otros contextos o momentos históricos.

El *porqué* y *para qué* hemos debido inventar formas, tipos y expresiones de sexualidad específicos de nuestra cultura —que inducen nuestras sensaciones corporales, experiencias y papeles genéricos—, tiene que ver con la organización social en la que todos participamos desde que nacemos mediante un contrato tácito o explícito. En sociedades occidentales hemos inventado una sexualidad basada en lo “natural” y lo “normal”, es decir, que posee como sustrato al cuerpo biológico (que se reproduce para luego morir) y que, idealmente, debería ser ejercida con una pareja heterosexual y, de preferencia, dentro del matrimonio. Las transgresiones son percibidas, las más de las veces, como desviaciones naturales o sociales, y como ejemplo está la clasificación de las prácticas sexuales diversas como parafilias (sadismo, masoquismo, urofilia, escatofilia, etcétera). Pero además, y sobre todo, las prácticas homosexuales, bisexuales y *swingers*, o las relaciones sexuales prematrimoniales o extramaritales.

Los enfoques de democracia sexual y de ejercicio de la ciudadanía sexual plantean en primer lugar el reconocimiento de la diversidad genérica y sexual, así como la afirmación de los derechos sexuales de las personas (más allá de los derechos reproductivos) e independientemente de la preferencia sexual y de la identidad de género que se ejerce. En segundo lugar, estos enfoques conciben a las sexualidades como procesos históricos y culturales que están siempre en recomposición y, por tanto, las identidades genéricas y sexuales se conciben como dinámicas y cambiantes. Por último, desde estas perspectivas hay que pasar de la idea del cuerpo biológico a la del cuerpo como un espacio construido socialmente y, por consiguiente, con capacidad de experimentar deseo y de sentir placer; en contraste con el enfoque de riesgo subrayado hasta ahora por ciertos estudios de la sexualidad.

Como es posible apreciar, el enfoque de democracia sexual y el ejercicio de la ciudadanía sexual son subversivos, se contraponen a lo preestablecido, son insumisas y rebeldes. De igual forma, las nuevas aportaciones en el campo de las sexualidades, los derechos y la salud sexual y reproductiva habrán de dirigirnos a posturas teóricas y metodológicas más críticas; sin embargo, es importante señalar que estos caminos habrán de recorrerse tomando en cuenta a las personas que se constituyen en sujetos de estudio de nuestras investigaciones, lo que implica que cada vez estemos más comprometidos con la defensa de una postura ética y laica, a través de la cual se promueva el respeto hacia las poblaciones que estudiamos.

Mujeres y hombres, jóvenes y viejos, homosexuales y heterosexuales, sanos y enfermos, indígenas y mestizos, individuos de distintas clases socioeconómicas, mujeres empoderadas o violentadas, hombres más o menos violentos y otros grupos sociales viven situaciones particulares atravesadas por el género y la sexualidad. Una metodología adecuada para abordar el estudio de estos campos resulta el material más eficaz para encontrar respuesta a nuestras preguntas, el desarrollo conceptual mediante una teoría o la conjunción de varias puede ayudar a explicar las categorías que analizamos; sin embargo, sólo las personas de carne y hueso que experimentan violencia, inequidades e injusticias de clase, etnia o género pueden permitirnos –con sus testimonios– un acercamiento a las problemáticas que la construcción sociocultural de las diferencias sexuales producen dentro de cada sociedad.

## ACERCA DE LAS AUTORAS Y EL AUTOR

BETANIA ALLEN LEIGH

Doctora en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa; recibió la medalla al mérito universitario “Incalli Ixcahuicopa” por su desempeño académico. Es Investigadora en Ciencias Médicas de la Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Es investigadora en el proyecto internacional Researching the Incorporation of Gender and Sexualities in Academic Curricula in Africa, Asia and Latin America.

LOURDES CAMARENA OJINAGA

Doctora en Ciencias Sociales por El Colegio de la Frontera Norte. Es profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Baja California en la Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales.

JOSÉ ANTONIO CANDELAS VILLAGÓMEZ

Maestro en Demografía por El Colegio de la Frontera Norte (COLEF), titulado con mención honorífica. Actualmente realiza un doctorado en Francia como becario del Programa de Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América Latina (Programa Alban).

MARÍA DEL CARMEN CASTRO VÁSQUEZ

Doctora en Ciencias Políticas y Sociales con Orientación en Sociología por la FCPyS-UNAM. Docente-investigadora e integrante del Programa Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora.

MARÍA DE LOS ÁNGELES HACES VELASCO

Doctora en Antropología por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Labora en la Fiscalía Especial para la Atención de Delitos Relacionados con Actos de Violencia contra las Mujeres en el País (FEVIM) de la Procuraduría General de la República.

ADRIANA ORTIZ-ORTEGA

Doctora en Ciencias Políticas por la Universidad de Yale. Docente-investigadora en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es coordinadora general del proyecto internacional Researching the Incorporation of Sexualities in the Academic Curricula of Universities of Asia, Africa and Latin America, financiado por la Fundación Ford, en el que participan universidades de China, Sudáfrica, Chile, Argentina y México.

OLIVIA ORTIZ RAMÍREZ

Es psicóloga clínica titulada por la UNAM. Desde 1995 es consultora en el área de salud sexual y reproductiva en diversas organizaciones nacionales e internacionales como Ipas, México; The Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; la Organización Panamericana de la Salud; Program for Appropriate Technology in Health (PATH); Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM); y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), entre otras.

YURIRIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Obtuvo recomendación del jurado para publicación de su tesis. Es Directora de Género y Salud en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

ADRIANA LEONA ROSALES MENDOZA

Doctora en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Obtuvo la medalla al mérito universitario “Incalli Ixcahuicopa” por su desempeño académico. Es docente-investigadora en el Área Diversidad e Interculturalidad en la Universidad Pedagógica Nacional e investigadora en el proyecto internacional *Researching the Incorporation of Gender and Sexualities in Academic Curricula in Africa, Asia and Latin America*.

ERIKA TRONCOSO SAAVEDRA

Es licenciada en antropología y maestra en Estudios de Población. Fue becaria de Salud Reproductiva de la Fundación Hewlett en la Universidad de California en San Francisco. Se ha desempeñado como investigadora en los temas de Reformas del sector salud, Salud sexual y reproductiva, Población indígena, Género y Colaboración público-privada.

RAFFAELA SCHIAVON

Doctora en Medicina por la Universidad de Padua, Italia. Es directora en México de la organización internacional IPAS, especializada en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

NORMA UBALDI GARCETE

Es licenciada en Psicología (UNA, Paraguay) y maestra en Ciencias Sociales (FLACSO, México). Actualmente cursa el Doctorado en Estudios Latinoamericanos en la UNAM, programa en el que está desarrollando una tesis sobre la problemática cultural y política del aborto en Paraguay. Su experiencia docente, de investigación, así como sus publicaciones se centran en los derechos de las mujeres y las problemáticas alrededor de su capacidad reproductiva.





Esta primera edición de *Aportaciones a los estudios de las sexualidades, las identidades y los derechos sexuales y reproductivos* estuvo a cargo de la Subdirección de Fomento Editorial de la Dirección de Difusión y Extensión Universitaria de la Universidad Pedagógica Nacional y se imprimió en los talleres de Master Copy S. A. de C. V., ubicado en Av. Coyoacán 1450, México, D.F., 2009. El tiraje fue de 500 ejemplares más sobrantes para reposición.