

# **Salud reproductiva, prácticas preventivas y acciones públicas**

## **Anticoncepción : construcción de sentido en las prácticas preventivas**

**Lic. Patricia K. N. Schwarz**

Av. Vergara 3896 1° 2 – Hurlingham. (1686)

pknschwarz@yahoo.com.ar

### **1. Introducción**

Los fenómenos reproductivos están atravesados por múltiples determinantes: económicos, biológicos y culturales Y, por lo tanto, pueden ser abordados desde diferentes perspectivas teóricas. Aquí lo haremos tanto desde un análisis sociodemográfico, como desde la perspectiva psicosocial de las representaciones sociales; entendiendo por estas, las imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permite interpretar lo que nos sucede. Un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Se trata de un conocimiento práctico, al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la construcción social de nuestra realidad. (Jodelet, 1986)

Para cumplir ese objetivo se analizarán 14 entrevistas en profundidad a mujeres de 19 a 70 años de capital federal y conurbano bonaerense.

El campo que será detallado a lo largo de este trabajo será referido a la salud sexual y reproductiva en general, entendiendo ésta como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o inestabilidad, en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Ello implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, y la capacidad de reproducirse, así como la libertad de decidir si, cuándo y qué tan a menudo hacerlo" (Figueroa Perea, 1997). Trataremos el uso de métodos anticonceptivos (MAC) en particular.

### **1.1. Aspectos históricos**

Desde la década de 1930 hasta la actualidad en Argentina el número promedio de hijos nacidos vivos por mujer al final de su vida reproductiva es de alrededor de 3 hijos. Esta cifra aumenta en zonas poco desarrolladas de la Argentina, donde prevalecen patrones vigentes en América Latina antes de 1970, tales como edades tempranas a la primera unión y del primer nacimiento, uso escaso y errático de MAC (López, 1997).

La baja de la fecundidad es de larga data y se asocia al uso de anticonceptivos tradicionales; en el fenómeno del descenso de la fecundidad jugó un papel muy importante la inmigración europea. Se piensa que esa población contaba con una fuerte capacidad de control de la natalidad para las fechas de las grandes inmigraciones; y transmitieron esas pautas culturales a sus descendientes, haciéndose extensivo a sectores bajos pero de zonas industrializadas y urbanizadas. (López, 1997).

### **1.2. Salud reproductiva , aspectos conceptuales**

El concepto de salud reproductiva se generalizó a partir de la década de los ochenta. A la evolución de este concepto han contribuido diversos actores: organismos internacionales de población y de salud, (particularmente el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población y la Organización Mundial de la Salud), al igual que diversas instituciones que han impulsado y generado investigación en estos campos (como las Fundaciones Ford, Rockefeller, MacArthur y el Population Council, entre otras). Se definió la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o inestabilidad, en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Ello implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, y la capacidad de reproducirse, así como la libertad de decidir si, cuándo y qué tan a menudo hacerlo (Figuroa Perea, 1997).

Después de la Segunda Guerra Mundial la preocupación por la reproducción surge asociada a temas de población y desarrollo. Se focaliza la atención en el Tercer Mundo por considerar relacionados causalmente la pobreza con la inestabilidad política y con el surgimiento de movimientos comunistas. En este sentido, el gobierno de EEUU desarrolla una acción sostenida para que estos programas sean asumidos por las organizaciones internacionales. La preocupación se traspasa a las Naciones Unidas y al Banco Mundial y,

en 1969, se crea el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población , FNUAP (Gysling, 1994).

En el ámbito de la salud reproductiva son prioridades la reducción de enfermedades, incapacidades, sufrimiento, miedo, vergüenza y muerte asociados a la sexualidad y a la reproducción; así como también posibilitar las condiciones para un manejo seguro y efectivo de la fecundidad y poder criar hijos sanos cuando se elija tenerlos (López, 2001) Esta temática será la que, a continuación, exploraremos en nuestras entrevistadas y para comenzar la exposición detallaremos primeramente los objetivos que guiaron este trabajo.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Explorar la relación entre saberes y prácticas preventivas en las mujeres de 15 a 69 años.

### **2.2. Objetivos específicos:**

- A) Conocer las opiniones y decisiones de las mujeres con respecto a las prácticas preventivas.
- B) Describir la relación entre las preferencias de uso de MAC y la información recibida.

## **3. Metodología**

Para cumplir los objetivos antes mencionados se diseñó una guía de entrevista que se aplicó a una muestra intencional. Se utilizó un abordaje cualitativo en 14 entrevistas en profundidad a mujeres de 19 A 70 años.

La guía de pautas semi-estructurada incluyó los siguientes temas: datos sociodemográficos, aspectos preventivos de la salud, historia de uso de métodos anticonceptivos, fecundidad, recordación de campañas, cobertura de salud y opinión sobre el aborto.

Para poder identificar a los actores que intervinieron en la construcción de las representaciones acerca de las características de los diferentes MAC y acerca de las decisiones de uso de los mismos en las entrevistadas se distinguieron seis agentes diferentes

- a) la familia
- b) la pareja
- c) los médicos
- d) el colegio

e) los amigos

f) las campañas públicas de prevención.

#### 4. Prácticas anticonceptivas

En este apartado veremos cuáles fueron las conductas respecto del uso de MAC de las entrevistadas. En primer lugar, enfocaremos las prácticas de uso según edad, nivel educativo y cobertura de salud. En segundo lugar, analizaremos las representaciones de las entrevistadas al respecto.

##### 4.1. Perfil de las entrevistadas.

Son 14 mujeres de 19 A 70 años. Todas vivían en la capital federal o en el Gran Buenos Aires. La mayoría de ellas tenía una pareja estable o estaba casada y tenía al menos un hijo. Seis trabajaban, tres eran amas de casa y el resto eran desocupadas o estudiantes. Salvo cinco de ellas, todas las demás tenían cobertura médica.

##### 4.2. Historia de uso de MAC

Cuadro N°1: Cronología de uso. Distribución por edad y por métodos utilizados.

<b>Cronología de uso. Distribución por edad y por métodos utilizados</b>	
<b>Grupos etáreos</b>	<b>Métodos utilizados</b>
<b>19 a 29 años</b>	
Carlota (19)	Pastillas - Preservativo - Ritmo - Preservativo.
Luisa (22)	Preservativo - Pastillas.
Carolina (24)	Preservativo - Pastillas./ óvulos espermicidas.
María José (28)	Preservativo - Pastillas. - No tiene relaciones sexuales.
<b>30 a 49 años</b>	
Silvia (43)	Pastillas - Ritmo - DIU -
Silvia (45)	Diafragma - DIU.
Lorena (36)	Pastillas.
Teresa (45)	Ritmo - DIU -
María Elena (32)	Ninguno. - Preservativo - Ritmo - Pastillas- No tiene relaciones sexuales
Mariana (30)	Ritmo – Preservativo
<b>50 a 70 años</b>	
Elia (54)	Preservativo - Ritmo.
Rosa (66)	Preservativo- No tiene relaciones sexuales
Andrea (70)	Preservativo - Ninguno. - Higienización en bidet.- Menopausia (ninguno)
Susana (54).	Ninguno - Preservativo -Pastillas - DIU - Pastillas - Menopausia (ninguno)

Casi todas las entrevistadas usaron preservativo alguna vez. Las mujeres que mostraron una frecuencia menor fueron las de 30 a 49 años (4 casos de no uso). La única que usaba preservativo al momento de la entrevista fue una mujer sin pareja estable.

#### **4.3. Características de uso según grupo de edad**

Las mujeres de 19 a 29 años usaron en mayor medida los métodos de barrera como el preservativo y también pastillas anticonceptivas. No hubo casos de utilización del DIU.

De los 30 a los 49 años se ve un uso más acentuado del ritmo y del DIU. También se encontró, aunque de modo menos marcado que en el grupo anterior, el uso de pastillas anticonceptivas. Se podría concluir que en la muestra estudiada las mujeres de esas generaciones ocupan un espacio de transición entre el uso de las más jóvenes, más volcado a los preservativos y pastillas, y el de las mayores, que tienden hacia el ritmo y el preservativo.

Las mujeres de 50 a 70 años usaron en mayor medida el DIU, el preservativo y el ritmo. Una de las entrevistadas utilizó también pastillas, aunque es importante aclarar que se trata de una mujer de 54 años (Susana), (por lo que se hace más comprensible su afinidad con las mujeres de 30 a 49 años). Las de edades más grandes mostraron bajos niveles de uso de MAC.

#### **4.4. Características de uso según nivel educativo alcanzado**

Todas nuestras entrevistadas usaron preservativo la primera vez, salvo dos de ellas. Una es María Elena, de 32 años, que quería quedar embarazada, y la otra es Susana, de 54 años, que creyó que la primera vez no embaraza. En ninguna de las dos entrevistadas el temor a contraer el virus del Sida fue un aspecto a tomar en cuenta en su decisión de uso de MAC en la primera relación sexual.

El hecho de que hayamos encontrado una frecuencia tan elevada de uso de preservativo en la primera relación sexual puede deberse al crecimiento del Sida, que provocó que el cuidado en la iniciación sexual se haya incrementado a lo largo del tiempo. Este incremento es paralelo a la extensión de la epidemia y a su creciente visibilidad pública. (Geldstein y Schufer, 2002).

#### **4.5. Características de uso según cobertura de salud**

Las mujeres sin cobertura de salud utilizaron métodos que no necesitaban control y asistencia médica, tales como el ritmo y el preservativo. Las mujeres con cobertura de salud usaban DIU, óvulos espermicidas o pastillas.

La única mujer que usaba un DIU sin cobertura se lo puso cuando se beneficiaba de ella, hace 14 años, y no volvió a hacerse revisar por un especialista. Una sola de nuestras entrevistadas acudió a un hospital público para colocarse un DIU.

De lo anterior podemos deducir que los métodos más complejos, que requieren estudios ginecológicos previos y al menos una consulta, son más utilizados por las mujeres con acceso a la atención médica privada. No debemos olvidar en este punto que las entrevistadas que utilizaban los servicios públicos de salud manifestaron la gran incomodidad que representaba conseguir una consulta y la dificultad para acceder a los estudios que requerían: comentaron que los trámites, los horarios para pedir turnos y las colas de espera les imposibilitaban muchas veces utilizar esos servicios. Estas circunstancias inhiben la voluntad de las mujeres de recurrir a un especialista y coartan su libertad de elegir entre diversos métodos.

#### **4.6. Acerca de los métodos**

En lo que sigue describiremos las prácticas preventivas de las entrevistadas y su relación con las representaciones construidas alrededor de las mismas.

Las entrevistadas tuvieron experiencias de uso con los siguientes MAC:

- a) Preservativos
- b) Pastillas
- c) DIU
- d) Diafragma
- e) Óvulos espermicidas
- f) Ritmo
- g) Retiro
- h) Higienización en el bidet.
- i) Inyecciones.

Ninguna de las mujeres entrevistadas estaba esterilizada.

A fin de poder rastrear las representaciones sobre los diferentes MAC identificamos en el discurso de nuestras entrevistadas 5 características de los diferentes métodos:

1) Confianza: es un sentimiento provocado por aquellos métodos que proveen plena certeza de que evitarán los embarazos y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

2) Efectividad: responde a los resultados concretos que demostraron tener determinados MAC. Se refiere a lo mismo que el anterior pero en este caso se basa en datos concisos donde el método no falló a las expectativas de uso.

3) Lo natural por sobre lo químico: lo natural se resalta como una ventaja en contraste con los métodos que están formados a base de algún producto químico, pues existe el temor a posibles daños provocados por esos químicos.

4) Comodidad: se resalta esta característica en lo referido a las prácticas de uso de los diferentes MAC.

5) Disponibilidad: ésta se mide en función de su accesibilidad.

A continuación describiremos cómo se relacionan las entrevistadas con los diferentes métodos y cómo aplican estas características a los mismos:

#### **a) Uso de preservativos**

En el caso de los preservativos, el factor confianza no se encontró plenamente y las entrevistadas, en reiteradas oportunidades, manifestaron temor a que se rompiera.....

"-De esa manera, sí... o sea... me resulta mucho más seguro, y *más efectivo*. Por que el preservativo de repente se te rompe, como le pasó a mi amiga también. Te pasa un accidente... bue, mala calidad. Y de esa manera me parece más efectivo, controlar mediante la regla." (Mariana de 30 años).

En contraste con lo dicho, salvo en un caso, ninguna de las entrevistadas vivió o supo de alguien a quien se le hubiera roto un preservativo. Por tanto, la efectividad demostró ser muy buena en los hechos.

Las mujeres más jóvenes mencionaron la importancia del preservativo como protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS):

Las mujeres de 50 a 70 años utilizaban casi únicamente el preservativo y no hicieron alusión a su capacidad para proteger contra las ITS sino que acentuaron la iniciativa masculina en la práctica preventiva, en la que ellas no tenían ni participación ni conocimiento. El uso de algún método de prevención se incrementa a partir de que disminuye la adhesión a ideas, mitos y prejuicios de género (Geldstein y Schufer, 2002). Esto puede verse claramente en Andrea, de 70 años, quien tuvo 5 hijos por no utilizar MAC a pesar de que sufría del corazón. En el resto de las circunstancias utilizaba preservativo o se higienizaba con el bidet. Rosa, de 66 años, usó preservativo durante toda su vida sexual también y aclara que otros métodos no estaban muy difundidos en ese tiempo. De estos testimonios podemos concluir que cuando las entrevistadas comenzaron su vida sexual no estaban disponibles ni el conocimiento sobre el uso ni la compra de otros métodos.

Las más jóvenes y con mayor nivel de educación comentaron no discutir con su pareja el método a utilizar por ser ellas las que tomaban la decisión.

" A:- ¿Cómo influye tu pareja en el uso del método anticonceptivo?

B: - No, yo decido sola, si estoy con alguien y no le gusta que se joda. No influye."  
(Carlota de 19 años).

En muchas ocasiones las entrevistadas describieron como una ventaja del método el hecho de que cumpliera la función preventiva sin requerir la ingesta de químicos en su organismo. Lo veían un método que protegía el natural funcionamiento de su cuerpo en contraste con las pastillas, que interferían en el mismo

" me siento segura con el preservativo, me molesta sentir que las pastillas me cambian el metabolismo de mi cuerpo. No me gusta no ovular. Siento que estoy yendo en contra de mi cuerpo y de la naturaleza." (Carlota de 19 años).

Hubo algunos casos donde la entrevistada manifestó cierta incomodidad propia de la práctica en el uso de preservativos.

No hubo comentarios acerca de dificultades en el acceso y la disponibilidad de éste método.

Con respecto a la frecuencia de uso, 10 de las 14 entrevistadas lo utilizaban o utilizaron en algún momento, representando el método más utilizado seguido por las pastillas anticonceptivas.



## **b) Uso de pastillas anticonceptivas**

En el caso de las pastillas anticonceptivas, solamente una de las entrevistadas hizo un análisis de sangre con su pareja antes de dejar el preservativo por completo. El resto de las mujeres afirmaron que la confianza en su pareja era suficiente para que no hiciera falta utilizar ningún método de barrera.

Aquí la confianza no era depositada en el método (pues todas las mujeres estaban en conocimiento de que las pastillas anticonceptivas no protegen de las ITS), sino que la garantía era más la relación que el método.

Las mujeres expresaron desconfianza ante la posibilidad de ingerir químicos y hormonas. Tenían temor a que les hiciera mal en algún aspecto aunque no lo relacionaban con un peligro para la fecundidad; lo que más les preocupaba era que perjudicara su salud en algún sentido no reproductivo. A pesar de que reconocían que no les hicieron daño alguno, temían de los perjuicios que pudieran traerle a su salud.

P: Supongamos que tenés una pareja estable ¿volverías a elegir este método como anticonceptivo?

R: En realidad preferiría que no, a mi me gusta todo más natural, pero es lo más seguro, bah, eso dicen... entonces me importa más no quedar embarazada en un momento que no quiero que el rollo de lo natural. O sea: si hubiera algo igual de seguro y no químico lo tomaría pero como no hay tomaría anticonceptivos."( Carolina de 24 años).

De las entrevistadas que utilizaron pastillas solo una tuvo problemas de salud; a pesar de esto, la mayoría coincidió en que pueden causar algún daño.

Todas las usuarias de este método confirmaron su efectividad para prevenir el embarazo, inclusive más que los preservativos. En el presente trabajo más de la mitad de las entrevistadas utilizaba en el momento de la entrevista o utilizó alguna vez este método, que se situó en segundo lugar en la preferencia de uso, después del preservativo.

Otro factor que surge de las entrevistas es la disponibilidad de acceso al método. En general se mencionaron dificultades en relación al costo económico y a los estudios necesarios para su posterior uso.

" con Martín tomé un mes pastillas y después ya no tomé más porque no tenía plata para comprármelas..."

" - En el hospital, en las salas también daban pastillas para cuidarse, pero el tema de que antes que darle las pastillas tenían que pasar por un estudio ginecológico...y demás y...la gente por no ir temprano, dos tres de la mañana para poder sacar turno para poder atenderse y hacer todos los estudios...prefiere no ir a buscar las pastillas..."

(María Elena de 32 años).

Muchas entrevistadas mencionaron la comodidad como característica importante en el uso de pastillas anticonceptivas.

"Eh... yo hice de eso un hábito, yo me levanto, me lavo los dientes, tomo la pastilla, y ya lo tengo incorporado. Me resulta cómodo....la verdad es que estoy conforme". (Lorena de 36 años).

### **c) Uso del DIU**

Las usuarias del DIU se encuentran concentradas entre los 30 y los 49 años. Su uso se ubica en el cuarto lugar de la frecuencia de uso. Solo 4 de las entrevistadas usaron el DIU en algún momento; salvo una, el resto estaba satisfecha con el método y la mayoría lo identificó como un método eficaz y cómodo.

" Cada tres años tengo que ir para que lo saquen y cuando me hago el PAP me controlan que los hilos estén bien, yo misma los controlo, el médico me dijo que cada tanto me fije que todo este bien. Pero salvo esto te olvidas." (Silvia de 45 años).

Algunas mujeres mostraron desconfianza hacia el DIU por suponer que podría ocasionarles hemorragias o que podría clavarse en su interior. En este sentido, podemos reconocer el mismo conflicto que se presentaba con el uso de las pastillas anticonceptivas, pues ambos fueron identificados como alteraciones potencialmente negativas al estado natural del cuerpo.

"Antes usaba diafragma, la médica me había dicho que hasta que tuviera hijos no era aconsejable que usara DIU porque puede lastimar" ( Silvia de 45 años).

La mayoría de las usuarias alegaban haber comenzado a utilizarlo cuando decidieron con su marido no tener más hijos:

"\_ No, después me puse un DIU, ya para no embarazarme más." (Teresa de 45 años).

Es muy probable que nuestras entrevistadas hayan elegido el DIU como el último método en su vida fértil, por su efectividad y por no tener demasiada confianza en su reversibilidad en la fecundidad.

Respecto a la disponibilidad muchas entrevistadas, sobre todo las no usuarias de este método, hicieron alusión a las mismas dificultades para lograr su acceso que las que identificaron en el uso de las pastillas anticonceptivas. La única diferencia es que en este caso, no se mencionó tanto el costo económico como obstáculo, sino en mayor medida se refirieron al requisito de la consulta médica.

#### **d) Uso del diafragma**

Una de nuestras entrevistadas (Silvia de 45 años), utilizó este método cuando aun estaba en el proceso de formación de su familia. El médico ginecólogo que la atendió le aconsejó este método por su eficacia, comodidad y poco riesgo para su capacidad reproductiva.

#### **e) Uso de óvulos espermicidas**

Tuvimos un solo caso de usuaria de óvulos espermicidas, la misma alegó una gran falta de confianza en el método, y una gran incomodidad en su uso. Aun así, a pesar de no haberlos utilizado como único método, demostraron efectividad.

#### **f) Uso del ritmo**

Algunas entrevistadas alegaron que este método les da más seguridad que muchos otros. Salvo en los casos donde se practicó incorrectamente, resultó eficaz.

"me resulta mucho más seguro, y más efectivo". (Mariana de 30 años).

El ritmo fue el tercer método en cantidad de usuarias, el siguiente después del preservativo y de las pastillas anticonceptivas. Entre sus ventajas citaron la comodidad de su práctica y, con respecto a la transmisión de ITS, si la relación era estable no se tomaba ninguna otra medida de prevención.

#### **g) Uso del retiro**

Sólo una de las mujeres dijo haberlo practicado alguna vez con su marido. Es importante resaltar que tenía de 50 a 70 años y que no alegó ventajas o desventajas en el uso del método.

#### **h) Higienización en el bidet**

Fue utilizado únicamente por una de las entrevistadas, Susana, de 70 años, quien expresó plena confianza en el método.

### **i) Uso de inyecciones**

Una sola mujer, María Elena, de 32 años, utilizó inyecciones, que le hicieron muy mal según relató. No fueron recetadas por el especialista sino por una enfermera amiga.

### **5.Construcción de subjetividad y estado del conocimiento sobre MAC en las entrevistadas**

El objetivo de este apartado es analizar diferentes dimensiones de las prácticas preventivas en el campo del conocimiento. En primer término, identificaremos los actores intervinientes en la construcción de sentido en las prácticas preventivas de las entrevistadas. Describiendo, también, cuál fue su ingerencia en las mismas.

En segundo lugar se describirán las elecciones de las entrevistadas según el concepto de "autonomía" de Mason (1995), citado en su trabajo por López y Findling (2000) y, en tercer lugar, se ubicará a las entrevistadas dentro del continuum entre "creencia" y "conocimiento" de MAC que proponen Castro y Bronfman (1995). Los agentes mencionados en las entrevistas como fuentes de información y consejo, y que por tanto ocupan la posición de influir en el imaginario de las entrevistadas fueron:

- a) la madre
- b) la pareja
- c) los médicos
- d) los amigos
- e) los colegios
- f) las campañas públicas de prevención.

Existen dos posturas al menos, respecto a la asistencia en anticoncepción. Una, usualmente manifestada por los médicos de los países que buscan un descenso en la fecundidad, sostiene que una eficiente cobertura en anticoncepción se obtiene mejorando y ampliando el rango de seguridad, efectividad y aceptabilidad de los métodos. Enfrentando a esta posición, el movimiento de mujeres por la salud y los derechos reproductivos entiende que los conceptos de autonomía del cuerpo y de la sexualidad de las mujeres van más allá de la importancia de la fecundidad como meta demográfica para reducirla o incrementarla. En este enfoque adquieren predominio el mejoramiento de la situación general de las mujeres,

las dimensiones socioeconómicas y culturales de las transformaciones y el tema del poder en sus distintas manifestaciones, que incluye a los servicios de salud (López y Findling, 1998).

La selección de método en una mujer debe tomar en cuenta aspectos concretos de su vida: su situación de salud, su realidad afectiva, y sexual, su paridez, su entorno sociocultural y económico, y una educación formal o informal que respete a la población y que no la manipule (López, 1997).

### **5.1. Agentes intervinientes en la construcción de representaciones sobre uso y elección de MAC**

#### **a) Las madres**

En la mayoría de los casos el lugar que ocupaba la madre en la educación sexual de sus hijas era de tipo prescindente. Daban nociones vagas sobre la sexualidad y la reproducción. En muy pocos casos, particularmente en las más jóvenes, las entrevistadas solo se acercaban a sus madres para corroborar información extraída de otras fuentes.

"Mi mamá me lo enseñó desde chiquita, cuando surgía de mí la curiosidad". (Carlota de 19 años).

" Mi mamá me explicó lo básico, cómo se hacen los chicos, la menstruación y esas cosas. Pero el resto no... lo charlaba con mis amigas." (Carolina de 24 años).

Todas aquellas que no lo charlaban con sus madres le dieron un espacio mucho más importante a la consulta con el ginecólogo y las amigas.

#### **b) La pareja**

La mayoría de las entrevistadas asumía la decisión sobre el uso de MAC como de índole personal. Únicamente las mujeres de 30 a 49 años y de 50 a 70 años hicieron referencia a un acuerdo previo con su pareja, pero éste se refería a la cantidad de hijos que deseaban tener. Las mujeres de 19 a 29 años únicamente les informaban a sus parejas acerca del método que ellas habían elegido previamente.

#### **c) El médico ginecólogo**

Este es un actor que en ningún caso estuvo totalmente ausente de la escena. Fue prácticamente el único que contó con esta característica. Como es de esperar, en algún

momento del desarrollo de la vida sexual de nuestras entrevistadas el médico ginecólogo hizo su aporte e intervención.

En el uso del DIU y de las pastillas anticonceptivas, el acceso de las entrevistadas se dio por medio de la consulta ginecológica en la mayoría de los casos. Son métodos que requieren de dicha consulta para ser utilizados sin riesgos; sin embargo, las entrevistadas no acudían a la consulta con la elección del método previamente tomada, sino que lo hacían para consultar con el ginecólogo acerca de esa decisión: el médico no cumplía únicamente la tarea de colocar el DIU o de hacer los estudios correspondientes antes de recetar una determinada marca de anticonceptivos orales, sino que además sugería qué método utilizar. Lo anterior se daba más en relación al DIU que en el caso de las pastillas anticonceptivas, pues era más frecuente para el uso de éstas que las mismas usuarias las pidieran al ginecólogo.

Respecto del DIU, en general lo recomendaron los médicos a las mujeres que ya no querían tener más hijos.

"Antes usaba diafragma la médica me había dicho que hasta que tuviera hijos no era aconsejable que usara DIU porque puede lastimar" (Silvia de 45 años).

Respecto a las pastillas anticonceptivas, casi todas nuestras entrevistadas se acercaron al uso de pastillas anticonceptivas recurriendo al ginecólogo; y éste en la generalidad de los casos lo recomendaba en las mujeres más jóvenes, sobre todo para aquellas que todavía estaban en proceso de formación de sus familias.

"Y respecto de la elección de esos métodos, (las pastillas anticonceptivas), vos lo charlás con tu marido? O lo elegís vos con tu ginecólogo...? R: No, los elegí yo con mi ginecólogo desde el principio." (Lorena de 36 años).

#### **d) Las amigas**

La participación de las amigas en el acercamiento a las prácticas preventivas tuvo un papel protagónico en todas las edades.

Cabe destacar que, sobre todo en las mujeres mayores, las entrevistadas manifestaron un casi completo desconocimiento de MAC al comenzar su vida sexual. En las más jóvenes esto se vio más atenuado a raíz de todas las otras fuentes de información con las que cuentan en la actualidad: medios masivos de comunicación, un trato más cercano con la madre, mayor educación sexual en el colegio, campañas publicitarias. A pesar de esto, el

desconocimiento todavía se manifestó. Por ende, si la información extraída de charlas con amigas era tan importante en el acercamiento al tema, y prácticamente todas las entrevistadas reconocieron no haber tenido mucha información al comienzo de su vida sexual, se puede concluir que sus amigas tampoco, y de esto último deviene el hecho de que existe un gran riesgo de que resultaran mal informadas.

" Bueno, te diría que hablábamos entre las amigas , en el colegio, pero te imaginás que nadie sabía demasiado." (Susana de 54 años).

Muchas mujeres, sobre todo las de 30 a 49 años y las de 50 a 70 años reconocieron no saber prácticamente nada acerca de MAC al comienzo de su vida sexual.

#### **e) El colegio**

Las entrevistadas más jóvenes fueron las que mencionaron haber tenido más cantidad de años donde estuvo presente la educación sexual en el colegio y a edades más tempranas. Muchas comenzaron a recibir información sobre salud sexual y reproductiva desde los 11 años en adelante.

En las mujeres mayores de 40 años la información recibida en el colegio fue escasa o nula y los temas abordados se refirieron casi exclusivamente a cuestiones de higiene y a aspectos reproductivos. No se desarrolló la relación de la mujer con su cuerpo en ningún aspecto. A esto último hay que agregar que en la educación formal de esas mujeres existieron las restricciones propias de los gobiernos militares.

#### **f) Las campañas**

La mayoría de las entrevistadas no lograron identificar campañas de ninguna índole; las que sí lo hicieron se refirieron únicamente a las televisivas.

Las entrevistadas solo mencionaron las campañas cuando se les preguntó acerca de ellas, no hicieron referencia espontáneamente a éstas cuando se expresaron acerca de las fuentes de donde extrajeron información para su propia práctica.

"Vio alguna campaña de publicidad en TV o en gráfica, si se acuerda de eso, que le parecieron?"

R: Sobre el SIDA sí hubo... te acordás el que hacía el médico ese...Miroli el que está trabajando con el SIDA, el Dr. Miroli creo ... no me acuerdo bien, que hacia como preguntas, pero era como mediocre, no era una cosa muy directa." (Rosa de 66 años).

Respecto de la televisión se dio un fenómeno curioso, pues prácticamente ninguna de las entrevistadas lo citó como una fuente de información; sin embargo, cuando se buscó al responsable de la difusión de determinado dato, detrás de ese saber se encontraba la televisión. Evidentemente, su presencia e influencia es tan determinante y cotidiana, que está naturalizada y no se la identifica conscientemente como agente difusor. Esto demuestra el grado de permeabilidad que tiene la audiencia a los mensajes televisivos y la excelente oportunidad que esto representa para poder difundir información de valor a este respecto.

El agente con más participación como proveedor de información fue el médico, la segunda fuente de recomendaciones fueron las amigas. En tercer lugar se ubicaron las parejas y por último con solo dos casos se mencionó al colegio. Ninguna entrevistada identificó como fuente de información de MAC a las campañas en forma espontánea.

En lo que sigue veremos cómo se distribuyen según edad los diferentes agentes de difusión. La participación del ginecólogo va disminuyendo a medida que avanza la edad de las entrevistadas; del mismo modo se da con el intercambio con las madres. La presencia del colegio como agente de difusión recién adquiere más protagonismo en las mujeres más jóvenes (de 19 a 29 años). Las amigas tienen una presencia fuerte como fuentes de información en todas las edades, en tanto la pareja parece ir perdiendo presencia a medida que nos acercamos a las más jóvenes. Ninguna entrevistada mencionó conocer algún método por medio de campañas.

Las mujeres de más edad consultaban dudas más generales con mayor asiduidad con el ginecólogo, mientras que las más jóvenes consultaban cosas más puntuales con éste, puesto que ya tenían información extraída de otros ámbitos.

#### **6. Análisis de la práctica preventiva de las entrevistadas según concepto de autonomía**

El concepto de "autonomía" citado por López y Findling (2000) y acuñado por Mason (1995) se define como "uno de los componentes de los sistemas de género, un aspecto del poder que se refiere a la libertad de las mujeres a actuar de acuerdo con su elección y no con la de otros. La autonomía es una de las maneras de ganar poder". En este sentido, es de vital importancia el acceso a una riqueza en diversidad de opciones en lo que a MAC se refiere. Según esta definición, podemos decir que las mujeres de 19 a 29 años de estrato socioeconómico medio y medio-alto tenían un grado mayor de autonomía sobre la decisión



del método a utilizar y sobre la conformación de sus opiniones al respecto. Sus decisiones respecto del método a utilizar estaba relacionado con sus proyectos de vida y de acuerdo a su relación con los cuidados de su propio cuerpo. Las fuentes que les proveían información eran muy variadas y heterogéneas, como hemos visto; a pesar de que determinados agentes intervenían en mayor medida que otros, tal como era el caso de los médicos, lo cual representa un aliciente a nivel preventivo en el cuidado de la salud.

En las mujeres de 30 a 49 años, con mayor heterogeneidad de estratos socioeconómicos, las fuentes se redujeron en variedad y aumentaron su preeminencia el ginecólogo y las amigas.

En las mujeres de 50 a 70 años puede decirse que casi no poseían autonomía en sus decisiones respecto al uso de MAC.

Las entrevistadas de edades más avanzadas tenían un grado de autonomía menor, ellas eran: Andrea (70) y Rosa (66), quienes apenas conocían los MAC y en el momento de utilizarlos fueron sus parejas las que decidieron cuándo, cuáles y cómo. Las otras dos mujeres que constituyen ese grupo: Susana, (54), y Elia, (54), discutieron los MAC con sus maridos y tenían más información, incluso a través de sus ginecólogos. No tuvieron toda la información que necesitaron, reconocido por ellas, a pesar de ello tuvieron la suficiente como para poder decidir sobre su fecundidad, no individualmente pero tampoco quedando fuera de los espacios de decisión.

También puede marcarse una diferencia de autonomía entre las mujeres que contaban con cobertura médica de las que no, (cuadro N°5); las primeras poseían mayor diversidad de métodos a su disposición; pues sin la presencia de un profesional no todos los métodos son utilizables.

## **7. Análisis de la práctica preventiva de las entrevistadas según el concepto de "creencia y conocimiento" de Castro y Bronfman**

Una relación sujeto-objeto puede variar dentro de un continuum que va del pleno dominio del sujeto sobre el objeto, en cuyo caso hablamos de conocimiento, hasta una relación de no- dominio, de inseguridad en relación con el mismo objeto, en cuyo caso hablamos de creencias. Naturalmente, tratándose de un continuum no es posible identificar un punto específico a partir del cual los conocimientos se convierten en creencias y viceversa.

En el nivel de los conocimientos existe una apropiación del tema, una relación sujeto-objeto de pleno dominio desde su propia perspectiva. (Castro y Bronfman, 1995).

Las entrevistadas se ubicaron, en el continuum propuesto, según grupo etéreo, acercándose a la categoría de creencia a medida que aumenta la edad. En los únicos casos donde este orden se alteró fue en aquellos en los que el nivel socioeconómico les daba acceso a otro tipo de prácticas.

Castro y Bronfman (1995) definen la instancia de conocimiento como aquella donde existe un pleno dominio sobre el objeto a conocer. Según vimos anteriormente, las mujeres que más cerca se encontraban del punto de apropiación del manejo de los MAC eran las más jóvenes (de 19 a 29 años). Fueron ellas las que identificaron el uso de diferentes MAC en relación a sus objetivos de vida, y distinguieron diversidad de usos y ventajas.

En el grupo de 30 a 49 años, podemos decir que la mayoría estaba más cerca de la creencia que del conocimiento, pues se apropiaron del pleno manejo de diversos métodos por medio de la experiencia, no de la información previa; ello colocó a muchas de ellas en situaciones de riesgo y daño para su salud. En este grupo solo pueden distinguirse dos mujeres que tuvieron a tiempo un pleno manejo de las opciones anticonceptivas y del modo de uso, ventajas y desventajas de los métodos que finalmente eligieron. Estas entrevistadas pertenecen a un estrato socioeconómico medio-alto: Lorena (36 años) y Silvia (45 años).

En el grupo de edad de 50 a 70 años, las entrevistadas se relacionaban con los métodos elegidos con inseguridad y en muchos casos no dominando ninguna de las características del método utilizado, dejando toda especulación respecto de las ventajas y desventajas a sus parejas. Solo una de ellas, Susana (54 años), tenía una conducta preventiva más idónea, pero aún así muchas de las características antes señaladas se evidenciaban. Dadas estas circunstancias puede decirse que las mujeres de este grupo se mantenían en un estado de creencia respecto de sus saberes y prácticas relacionadas con los MAC.

## **8. Comentarios finales**

La conformación de las representaciones sociales de las prácticas preventivas no es uniforme en todas nuestras entrevistadas. Pudimos ver cómo en situaciones de extrema vulnerabilidad los cuidados son menos rigurosos, la prevención casi no existe y solo se atiende el daño ya hecho.

Vimos también las diferencias que marcan las distancias generacionales, favoreciendo a las más jóvenes, realidad que manifiesta una mejora sobre todo en los sistemas de difusión, así como también en la forma en la que las mujeres enfrentan su propio futuro. Sería

importante educar a los padres para que puedan hacer un abordaje profundo y bien informado acerca de los MAC con sus hijos.

Observamos qué actores tienen mayor ingerencia en la construcción de subjetividad, identificarlos puede marcarnos dónde hay que poner mayor acento a la hora de fortalecer un manejo informado sobre los MAC.

Los estudios sobre el tema determinan que las edades de inicio de la actividad sexual cada vez son más precoces, es por eso que también sería importante que la educación sexual se incluya en los programas de estudio desde la primaria, para completar una política de prevención más que de atención una vez que el daño ya está hecho. Lamentablemente tomando en cuenta la coyuntura económica y la infraestructura institucional actual, es necesario llegar a ellos y ellas antes que dejen el colegio, antes que las consecuencias de una práctica sexual poco informada y poco amorosa en el propio cuidado y el cuidado del prójimo, imposibiliten a estos hombres y mujeres a tener una vida y sexualidad plenas.

## Bibliografía

- Castro R. y M. Bronfman. 1995. "investigación cualitativa en salud y reproducción. El caso de Ocuituco", en G. Nigenda y A. Langer (editores). *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. Cuernavaca, Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública: 53 - 68.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo. 1997. "Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de políticas en el ámbito de la salud reproductiva". En C. Welti (coord.) 1997. *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo - 94*. México. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y The John D. And Catherine T. MacArthur Foundation.
- Flandrin. J. L. 1979. *Orígenes de la familia moderna*. Barcelona. Crítica.
- Geldstein R. N. y E. A. Pantelides 2001. *Riesgo reproductivo en la adolescencia. Desigualdad social y asimetría de género*. Buenos Aires. UNICEF.
- Geldstein R. N. y M. L. Schufer 2002. *Iniciación sexual y después ... prácticas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires. CENEP.
- Gysling J. 1994. *Salud y derechos reproductivos: Conceptos en construcción*. Santiago De Chile. Universidad de Chile.
- Jodelet, D. 1986. "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En Moscovici, S. : *Psicología Social*. Buenos Aires, Paidós.
- Livi - Bacci M. 1998, 1999. *Historia de la población europea*. Barcelona. Crítica.
- López E. 1997. "Anticoncepción. Patrones reproductivos y salud de las mujeres en la Argentina: precisiones, contrastes y problemas." En D.Cantón y J.R. Jorrat (comp.). *La investigación social hoy*. Buenos Aires. Oficina de publicaciones del CBC : 363 - 387.
- López E. 2001 "Notas para la discusión de aspectos de la salud reproductiva". En M. Dominguez Mon, Federico A. y A. M. Mendez Diz (comp.) *La salud en crisis*. Buenos Aires.
- López, E. 2000. "Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires", en Pantelides, E. A. y S. Bott (compiladoras), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires, Biblos y Organización Mundial de la Salud (OMS-Ginebra).

López E. y L. Findling. 1998 "La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: qué se dice, a quién y cómo?" En *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires. AEPA, CEDES, CENEP.

López E., L. Findling y A. Federico 2001 "Nuevas modalidades de la formación de parejas y familias en Buenos Aires: La cohabitación en sectores medios". En M. Dominguez Mon, Federico A. y A. M. Mendez Diz (comp.) *La salud en crisis*. Buenos Aires.

López E. 1997. *Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva*. Buenos Aires. Oficina de Publicaciones del CBC e Instituto Gino Germani (UBA).

Walti, C. (coord.) 1997. *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo - 94*. México. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y The John D. And Catherine T. MacArthur Foundation.

