

Género y sexualidad en disputa  
Desigualdades en el derecho a decidir  
sobre el propio cuerpo desde el campo médico



Género y sexualidad en disputa  
Desigualdades en el derecho a decidir  
sobre el propio cuerpo desde el campo médico

Karina Bárcenas Barajas  
Coordinadora



Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto de Investigaciones Sociales  
Ciudad de México, 2021

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Bárcenas Barajas, Karina B. (Karina Berenice), editor.

Título: Género y sexualidad en disputa : desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo desde el campo médico / Karina Bárcenas Barajas, coordinadora.

Otros títulos: Desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo desde el campo médico.

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, 2021.

Identificadores: LIBRUNAM 2102007 | ISBN: 978-607-30-4389-2

Temas: Derechos de la mujer -- México. | Derechos sexuales -- México. | Feminismo -- Aspectos sanitarios. | Mujeres -- Salud mental -- México. | Gays -- Salud mental -- México.

Clasificación: LCC HQ1236.5.M6.G486 2021 | DDC 305.420972—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por académicos externos al Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, de acuerdo con las normas establecidas por el Consejo Editorial de las Colecciones de Libros del Instituto.

Los derechos exclusivos de la edición quedan reservados para todos los países de habla hispana. Prohibida la reproducción parcial o total, por cualquier medio, sin el consentimiento por escrito del legítimo titular de los derechos.

Primera edición: abril de 2021

D.R.© 2021, Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto de Investigaciones Sociales  
Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Ciudad de México

Coordinación editorial: Virginia Careaga Covarrubias  
Cuidado de la edición: Marcela Pineda Camacho  
Diseño de portada y tratamiento de imágenes: Cynthia Trigos Suzán  
Formación de textos: María Antonieta Figueroa Gómez

Impreso y hecho en México

ISBN: 978-607-30-4389-2

## Índice

- 7 A manera de introducción  
problematizar el derecho a decidir  
sobre el propio cuerpo  
*Karina Bárcenas Barajas*
- 35 PRIMERA PARTE  
LA AUTONOMÍA REPRODUCTIVA EN DISPUTA
- 37 Hacia una sociología  
de la anticoncepción forzada en México  
*Roberto Castro*
- 65 Lo “natural” es político  
experiencias sobre lactancia materna  
en Ciudad de México y Morelos  
*Ana Paulina Gutiérrez Martínez*
- 97 SEGUNDA PARTE  
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
- 99 La vacunación contra el virus  
de papiloma humano en México  
un ejemplo de medicalización  
*Erika Pérez Domínguez*

- 129 Construcción de género y prevención  
de embarazo en adolescentes  
*Armando Javier Díaz Camarena*
- 167 Un paso atrás, dos adelante  
las luchas lésbico, *gay*, bisexual,  
trans, y el ascenso del neoliberalismo  
*Mauricio List Reyes*
- 199 TERCERA PARTE  
ORDEN DE GÉNERO Y SALUD EMOCIONAL
- 201 Barreras subjetivas  
en el proceso de devenir autónomas  
una aproximación feminista-interseccional  
*Tania Esmeralda Rocha Sánchez*
- 247 Narrativas y experiencias emocionales:  
la intersección de la experiencia,  
la narración y el discurso como acercamiento  
a las emociones de hombres *gay*  
*Ignacio Lozano-Verduzco*
- 277 El barco como institución total  
prácticas de género  
en pescadores de altamar  
*Carolina Peláez González*
- 315 Conclusiones  
*Karina Bárcenas Barajas*
- 321 Sobre las autoras y autores

## A manera de introducción problematizar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo\*

*Karina Bárcenas Barajas*

El derecho a decidir sobre el propio cuerpo tiene sus antecedentes en una de las principales demandas del movimiento feminista de la década de los setenta del siglo pasado (o de la “segunda ola”): “Mi cuerpo es mío”.

Desde entonces —y en paralelo a la construcción y visibilización del movimiento de la disidencia sexual—, las mujeres que encarnan distintas desigualdades estructurales así como las personas LGBT+, han articulado un lugar tanto de enunciación como de politización a partir de ese derecho. De tal modo, demandan que el Estado reconozca y garantice la autonomía que enmarca decidir sobre el propio cuerpo, la cual no se restringe al ámbito reproductivo.

De acuerdo con Marta Lamas (2008: 70), en la década de los setenta dicha reivindicación del movimiento feminista estaba relacionada con tres demandas: “[...] la maternidad voluntaria (que implica el derecho a la educación sexual y al uso de anticonceptivos, así como el acceso legal al aborto voluntario), el alto a la violencia sexual, y el respeto a la libre opción sexual”.

\* El presente libro forma parte de los esfuerzos impulsados desde el Instituto de Investigaciones Sociales para contribuir a la promoción y fortalecimiento de una cultura de igualdad de género en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Sin embargo, dada la centralidad del aborto o interrupción voluntaria del embarazo para la agenda feminista, con el paso de los años ha sido común que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo se circunscriba al aborto o, incluso, se asuma como sinónimo, tal como lo dejan ver algunos acercamientos al tema: López Hernández (2012); Mesa Peluffo (2013); Daich y Tarducci (2018).

Actualmente, el aborto o interrupción voluntaria del embarazo en América Latina sigue siendo fundamental para garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres, tal como lo muestra el estado del arte realizado por Ramos (2015) y aproximaciones recientes relacionadas con movimientos sociales, debates legales, disputas neoconservadoras y dilemas bioéticos (véase Beltrán y Puga, *et al.*, 2019; Bergallo, Jaramillo Sierra y Vaggione, 2019; Capdevielle y Medina Arellano, 2018; Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

Sin embargo, uno de los objetivos de este libro radica en problematizar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo más allá del aborto, visibilizando otras coordenadas en las que se ubica. Un antecedente importante para esta aproximación fue el trabajo realizado por Martha Lamas en 2007, cuando definió el derecho a decidir sobre el propio cuerpo como un derecho básico que consiste en “[...] la posibilidad de usar la libertad para tomar decisiones autónomas, algunas con apoyo del Estado” (43).

Asimismo, identificó ciertas arenas de conflicto en las que se juega, como el uso sexual del cuerpo y las decisiones reproductivas (en relación con el aborto y el uso de métodos anticonceptivos), la reproducción asistida, la orientación sexual e identidad de género, el uso de las drogas y el suicidio (*Op. cit.*).

A partir de ello, en el presente libro se intenta avanzar en la problematización de este derecho mediante marcos teóricos sobre el cuerpo, la interseccionalidad, los derechos humanos, y desde tres disputas sobre género y sexualidad que se juegan en el campo médico: la autonomía reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos, así como la identidad de género.



Para Roberto Castro y Joaquina Erviti, el campo médico está compuesto por

[...] [las] instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello (2015: 44-45).

La conceptualización de *campo médico* que proponen Castro y Erviti, permite ubicar actores y posiciones en este espacio; pero también hace eco de la perspectiva de Michel Foucault sobre el capital específico que da forma a este campo.

Para Foucault, la medicina encarna un conjunto de procedimientos disciplinarios “[...] que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad”; por ello, mediante un conjunto de técnicas e instituciones se atribuye como tarea medir, controlar y corregir a los anormales (Foucault, 2009b: 159-160, 231).

Desde tal perspectiva, el presente libro se sitúa en las coordenadas del campo médico que dan cuenta de posiciones en las que se ejerce la capacidad para imponer esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación que permiten crear un régimen de verdad desde el que se disputa la regulación de la sexualidad y del género. Ello mediante ejercicios de poder como la normalización, la legitimación de sus saberes a partir del binomio salud-enfermedad, la medicalización, la autoridad, que encarnan diversos actores e instituciones médicas y la implementación de políticas de salud.

Para empezar a definir el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, es importante partir de que el cuerpo se compone tanto por una dimensión material como por una simbólica; es decir, por el territorio que habitamos: fuente de sensaciones de bienestar, placer, enferme-

dad y tensiones. Asimismo, por un sistema de acción y un modo de práctica que es posible gracias a la producción de sentido que surge a partir de la posición de cada quien en las estructuras que constituyen cada sociedad.

Es decir, esos rasgos perdurables de las sociedades que se albergan en instituciones como la familia, la escuela, la iglesia y la medicina (Berger y Luckmann, 1997; Giddens, 1995: 128).

Dichas posiciones en las estructuras sociales se incorporan mediante diversos procesos de socialización con los que “la sociedad encuentra en el cuerpo un recurso de sentido para instalarse de manera casi imperceptible”; ello genera inercias y tendencias, esquemas interpretativos y de orientación, para “percibir, sentir, hacer y pensar de una determinada manera y no de otra” (Sabido Ramos, 2010: 827; Sabido Ramos, 2013: 37, 39).

Por lo tanto, todo “aquello que parece natural, está atravesado por la historia y las estructuras sociales” (Sabido Ramos, 2010: 815).

Sin embargo, “el cuerpo, lejos de ser simplemente un referente pasivo al que se le imputan significados, es igualmente agente” (*Op. cit.*: 839). Precisamente desde la agencia<sup>1</sup> se reivindica la importancia del derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

No obstante, considerar las diversas estructuras de las sociedades y las distintas posiciones que los actores ocupan en ellas permite situar un conjunto de desigualdades que intervienen en la construcción social del cuerpo y —en consecuencia— en las posibilidades para decidir sobre él.

<sup>1</sup> Para Anthony Giddens, la agencia está relacionada con la capacidad de los actores sociales para hacer cosas, para ejercer un poder que produzca una diferencia: “[...] ser capaz de ‘obrar de otro modo’ significa ser capaz de intervenir en el mundo o de abstenerse de esa intervención, con la consecuencia de influir sobre un proceso o un estado de cosas específicos. Esto presupone que ser un agente es ser capaz de desplegar (repetidamente, en el fluir de la vida diaria) un espectro de poderes causales, incluido el poder de influir sobre el desplegado de otros” (Giddens, 1984: 51).

Para profundizar en tal perspectiva, es necesario incorporar el enfoque de la interseccionalidad.<sup>2</sup> Floya Anthias lo define como un correctivo para la esencialización en la construcción de identidades que homogeneizan las categorías sociales (2013b: 3). Para ella, la interseccionalidad postula que las diferentes divisiones sociales (históricamente situadas) se interrelacionan tanto en términos de la producción de relaciones sociales como en los de la vida de las personas; por ello resultan “mutuamente constitutivas” de la experiencia y práctica dentro de especificidades de tiempo y espacio (2013a: 126, 129, 131).

Por lo tanto, su perspectiva permite problematizar las maneras como distintas formas de la diferencia o la desigualdad: procesos de racialización y etnización, identidad de género, orientación sexual, nivel socioeconómico y edad, impactan tanto en la experiencia como en la práctica de las personas y —en consecuencia— en las posibilidades para decidir de manera autónoma sobre su cuerpo.

Lo dicho hasta este momento permite plantear que, si bien el derecho a decidir sobre el propio cuerpo constituye un principio de autonomía para todas las personas, éste se vive subjetivamente según las posiciones de legitimidad, diferencia o desigualdad que la construcción social del cuerpo marca en cada sociedad.

Por ello, para continuar perfilando una manera de definir el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, interesa tejer una clave analítica a partir de los derechos humanos,<sup>3</sup> ya que el primero se fundamenta en un conjunto de derechos y libertades que reconocen los segundos. Sin embargo, también se basa en un régimen de convivencia como el que representa la laicidad. Ambas perspectivas convergen en la im-

<sup>2</sup> El término fue acuñado por Kimberlé Crenshaw en 1989. Desde entonces han surgido distintos enfoques y aproximaciones teóricas. Anthias (2013a) presenta un panorama de las más representativas.

<sup>3</sup> De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, “los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada” (Barroso Villa e Ibarra Guerrero, 2018: 241).

portancia para generar horizontes de igualdad pese a las diferencias y permiten situar el cuerpo como lugar de ciudadanía.

Si bien en México el derecho a decidir sobre el propio cuerpo no es reconocido constitucionalmente con tal enunciación, se dispone de acuerdos en materia de derechos humanos y artículos en la carta magna a partir de los cuales encuentra cierto respaldo. Por ejemplo,

- el artículo 1 (en el que se prohíbe toda forma de discriminación por cualquier motivo que atente contra la dignidad humana o anule derechos y libertades de las personas)
- el artículo 4 (donde se declara la igualdad entre hombres y mujeres, la libertad para decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, así como el derecho a la protección de la salud)
- el artículo 24 (el que garantiza el derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión); y
- el artículo 40 (donde se reconoce a México como república democrática, laica y federal)

La coincidencia entre los derechos humanos y los primeros artículos de la constitución mexicana se debe a que la reforma constitucional de 2011 generó un cambio de paradigma en el entendimiento que se tenía de los derechos humanos, ya que fueron reconocidos como normas constitucionales, con lo que se colocaron en el primer plano de interpretación jerárquica a nivel nacional (Arrocha Olabuenaga, 2018: 19, 23).

Lo anterior causó que el capítulo I de la Constitución dejara de denominarse “Garantías individuales”, para suscribirse como “De los derechos humanos y sus garantías”. Además,

[...] ahora ya no es el estado quien provee de ciertos derechos al individuo, sino que éste se limita a reconocer que la persona por su propia condición humana goza de un catálogo de derechos que el Estado tiene la obligación de hacerlos valer, cumplir y respetar, estableciendo garantías (*Op. cit.*: 20).

En este contexto, con fines analíticos interesa enfocar la discusión en dos derechos humanos: la libertad de conciencia y el derecho al libre desarrollo de la personalidad.<sup>4</sup> Ambos resultan fundamentales para reconocer y garantizar el principio de autonomía que implica el hecho de decidir sobre el cuerpo.

De acuerdo con Pauline Capdevielle (2013: 289), la libertad de conciencia nació en la modernidad en el marco de conflictos religiosos que en Europa marcaron la ruptura de la unidad cristiana. Sin embargo, la libertad de conciencia no se limita a la esfera religiosa, sino que comprende todo el ámbito de las obligaciones morales. En otras palabras: todas las convicciones religiosas, filosóficas o políticas que tienen pretensión de universalidad (*Op. cit.*: 290).

Por lo tanto, la libertad de conciencia implica el reconocimiento de la autonomía moral como fuente de derechos y libertades. Asimismo, puede entenderse como “la posibilidad, para los individuos, de definir sus propios sistemas de moralidad y su aplicación frente a casos concretos” (*Op. cit.*: 290, 291).

Lo dicho anteriormente permite destacar la relevancia y centralidad de la autonomía moral que posibilita la libertad de conciencia para ejercer el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. A partir de lo que se plantea en los diversos capítulos que conforman el presente libro, la autonomía moral entra en tensión en el momento en que mujeres y hombres —desde las desigualdades y diferencias que encarnan— intentan ejercer sus derechos reproductivos o sus derechos sexuales, así como construir su identidad de género. En algunas ocasiones, ello colisiona con el campo médico, que instaura regímenes de verdad,

<sup>4</sup> No obstante, sólo la libertad de conciencia es reconocida de manera explícita en la Constitución Mexicana (artículo 24). De acuerdo con Ortiz Hernández (2019: 173-174), aun cuando en el artículo 19, párrafo segundo, relacionado con el derecho a la seguridad jurídica, se hace mención al derecho al libre desarrollo de la personalidad, no se especifica su regulación o irrestricta protección. Por ello —desde su perspectiva—, el derecho al libre desarrollo de la personalidad puede derivarse implícitamente del último párrafo del artículo 1º constitucional, en tanto se prohíbe toda forma de discriminación que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto tanto anular como menoscabar los derechos y libertades de las personas.

prácticas de normalización, procesos de medicalización y políticas de salud.

Por otra parte, el derecho al libre desarrollo de la personalidad se contempló por primera vez en la Ley Fundamental de la República Federal de Alemania, el 23 de mayo de 1949 (Ortíz Hernández, 2019: 172). El principal soporte del derecho al libre desarrollo de la personalidad es la dignidad humana, ya que el individuo se convierte en el “único” poseedor de dicho derecho, por tener plena capacidad de obrar desde su razón, por poder decidir por sí mismo y trazar un plan de vida de manera autónoma. En consecuencia, la prohibición a cualquier tipo de discriminación resulta fundamental para su reconocimiento (*Op. cit.*: 174-175).

En México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación estableció que el derecho al libre desarrollo de la personalidad contempla las siguientes libertades: contraer matrimonio o no hacerlo; procrear hijos y su número; decidir en qué momento de la vida tener hijos o no tenerlos; escoger la apariencia personal; elegir la profesión o actividad laboral, así como la opción sexual (*Op. cit.*: 178).

Este libro aborda los obstáculos con que se topa desde el campo médico el ejercicio de tales libertades y que cruzan las desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Por ello, en los capítulos que lo conforman se reflexiona de qué manera dichos obstáculos impactan en el respeto a la dignidad humana y al plan de vida que mujeres y hombres se trazan desde las diferencias o desigualdades que encarnan; al igual que desde los marcos de acción para resignificarlas y transformarlas.

Tanto la libertad de conciencia como el derecho al libre desarrollo de la personalidad permiten identificar dos elementos en los que se sostiene el principio de autonomía que constituye el derecho a decidir sobre el propio cuerpo: la moral y la razón. Subjetivamente, ambas implican una capacidad de agencia: ya sea para asumir distintas posiciones frente a los dogmas, normas y valores de una sociedad, o bien para establecer distintas lógicas de entendimiento. En ambos casos, desde una gran diversidad de repertorios de sentido y significado.

Desde esa perspectiva, las distintas posibilidades a partir de las que se subjetiva dicho principio de autonomía permiten traer a cuenta la centralidad de la laicidad como régimen social de convivencia. Sobre todo del estado laico (“un instrumento jurídico-político para la gestión de las libertades y los derechos del conjunto de ciudadanos”, Blancarte, 2012: 45), que sería el encargado de reconocer y garantizar la libertad de conciencia y el libre desarrollo de la personalidad frente a cualquier imposición; incluso si ella proviene de un campo secular y científico como el médico.

A partir de lo dicho hasta este momento, puede plantearse que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo constituye un principio de autonomía del individuo que se fundamenta —principalmente— en la libertad de conciencia y el libre desarrollo de la personalidad, por lo que se ejerce subjetivamente como una capacidad de agencia frente a instituciones, saberes y representaciones encargadas de organizar el sentido y las prácticas para dar continuidad a un orden social (un orden de género heteropatriarcal) que —mediante marcajes como el sexo—<sup>5</sup> ha situado de manera distinta y desigual tanto a mujeres como a hombres en las estructuras sociales y simbólicas.

Como lo señala Foucault (2009a: 226; y 2012: 12), dicho orden social —que actualmente denominamos “heteropatriarcal”— no se instauro con el cristianismo;<sup>6</sup> aunque tanto las religiones cristianas como la medicina moderna de finales del siglo XVIII han sido actores

<sup>5</sup> De acuerdo con Eva Alcántara, “sexo es aquel nudo que permite enlazar diferentes dimensiones de relaciones productoras de sentido: formas corporales, características biológicas, prácticas eróticas, posiciones subjetivas, posibilidades de enunciación [...]. Cuando se asigna un sexo, también se está asignando un género, porque prevalece la idea de que hay una relación uno a uno entre ambos [...]. La asignación de sexo aparece entonces como una operación sencilla que resuelve de una tirada la partida de las identidades y acomoda a los sujetos en el orden social” (2013: 182, 190, 196). Sin embargo, como sostiene Anne Fausto-Sterling (2006: 19), “[...] cuanto más buscamos una base física simple para el sexo, más claro resulta que ‘sexo’ no es una categoría puramente física. Las señales y funciones corporales que definimos como masculinas o femeninas están ya imbricadas en nuestras concepciones del género”.

<sup>6</sup> De acuerdo con Foucault (2009a: 226-2207), desde el siglo IV a. C. se formuló la idea de que la actividad sexual en sí misma era bastante peligrosa y costosa; por ello, desde el pensamiento filosófico, moral y médico de aquella época, se construyó un principio de templanza

fundamentales en su reproducción y legitimación. Las primeras, mediante una visión del mundo anclada en un principio teológico y de trascendencia; la segunda, desde un saber certificado por un conocimiento científico-positivo (como lo es el saber médico), que se ha encargado de establecer los parámetros de lo normal.<sup>7</sup>

La identidad de género, la orientación sexual y la edad establecen distintas limitantes o posibilidades para el ejercicio y reconocimiento del derecho a decidir; por ello, también impactan de manera diferenciada en la construcción social de los cuerpos.

Así pues, en el presente libro interesa indagar desde una mirada interseccional de qué manera regímenes de verdad, saberes expertos, procesos de medicalización y políticas de salud que dan forma al campo médico, han limitado las posibilidades de mujeres y hombres con distintas identidades de género, orientaciones sexuales y edades, para decidir sobre su cuerpo; tanto en su dimensión material como simbólica.

Tales elementos constituyen formas de control sobre los cuerpos que son características de sociedades que adoptaron un modelo capitalista neoliberal. De acuerdo con Foucault, la economía capitalista dispone de formas específicas de poder disciplinario de los cuerpos (2007: 49; 2009b: 255).

El mercado, la ciencia y la medicina moderna —en un contexto neoliberal— han ejercido otras maneras de controlar (material y simbólicamente) los cuerpos, lo cual ha generado desigualdades que se complejizan desde una mirada interseccional. Sin embargo, esta biopolítica neoliberal que se emplaza y se legitima desde un espacio

y recelo de que el placer sexual pudiera ser un mal, lo cual brinda la pauta para un modelo de fidelidad monogámica.

<sup>7</sup> Recordemos que hasta 1973 la American Psychiatric Association (APA) decidió eliminar la homosexualidad del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) [Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales], mientras que hasta 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejó de considerar la transexualidad como enfermedad mental. Para indagar cómo se han constituido desde el campo médico los parámetros de normalidad y anormalidad en relación con la intersexualidad y la transexualidad, véase Alcántara (2013) y Moi (2005).



secular (como el conformado por el campo médico), no escapa de manifestar o suscribir ciertas posturas morales.

En el clásico libro *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*, Anne Fausto-Sterling (2006) sostiene que el conocimiento médico y científico de la anatomía y la fisiología adquiere género (281). Partiendo de dicha premisa, puede plantearse que los diversos capítulos que conforman esta obra revelan que el conocimiento tanto médico como científico sobre género y sexualidad también adquiere moral, la cual interviene en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo; asimismo, que el conocimiento mencionado genera desigualdades para mujeres y hombres en clave interseccional.

Por lo tanto, analizar las desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, desde las disputas sobre el género y la sexualidad que se ubican en el campo médico, implica desentrañar el alcance mismo del proceso de secularización. Éste se entiende como un proceso de autonomía que permite a las sociedades pensarse a sí mismas fuera de las instituciones (religiosas y seculares), imaginarios y representaciones que estructuran un orden social: un orden de género.

En conjunto, los capítulos que constituyen la presente obra convergen en una aproximación en la que pueden identificarse los tres elementos que plantea Thomas Lemke (2017: 147-148) para emprender un análisis de la biopolítica:

- a. *Procesos de saber*: la biopolítica requiere de un conocimiento del cuerpo y de los procesos de vida que se consideran como relevantes, así como de los expertos y las disciplinas científicas que disponen de una autoridad legítima para decir la verdad sobre la vida, la salud, la población.
- b. *Prácticas de poder*: es conveniente preguntarse cómo los procesos de poder producen y difunden formas de conocimiento sobre la regularización y optimización de los procesos de vida. Para algunos, ello genera ganancias financieras, influencia política, reputación científica, prestigio social; mientras que otros pagan los costos de todo lo enumerado.

- c. *Formas de subjetivación*: que implican “el modo en que los sujetos, bajo la dirección de autoridades científicas, médicas, morales, religiosas u otras y sobre la base de órdenes corporales y de género socialmente efectivos, conceptos de salud y enfermedad, hacen de su propia existencia un objeto de elaboración práctica” (*Op. cit.*: 148).

De tal modo, las desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo en el campo médico que aquí se abordan, se han situado en tres escenarios que —a su vez— responden a cada una de las partes que integran el presente libro:

- la autonomía reproductiva
- los derechos sexuales y reproductivos; así como
- la salud mental

Como punto de partida, resulta importante considerar que la autonomía reproductiva forma parte de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales —a su vez— son reconocidos como derechos humanos. Los derechos sexuales y reproductivos representan “un contenido ético, que inicia con la idea del cuerpo como un elemento integral de la persona, cuya salud y bienestar, incluyendo el placer sexual, son la base necesaria para su participación activa en la vida social” (Felitti, 2018: 150). Sin embargo, su reconocimiento como derechos resulta relativamente reciente.

Antes de la década de 1980 se hablaba de control de la natalidad y más tarde de planificación familiar. Su inclusión dentro del lenguaje de derechos humanos, no sólo como un tema de salud, sino de derechos, tiene la ventaja de anexarse en el discurso de la lucha política contemporánea. Los derechos sexuales son aún más polémicos, pero han ganado presencia pública a partir de las luchas del activismo LGBT y el interés de los estados por contener los avances del VIH-SIDA (*Op. cit.*: 149).

Desde los griegos, los médicos han desempeñado un rol importante para establecer cómo gozar de la sexualidad (Foucault, 2009a: 51). En el segundo tomo de *Historia de la sexualidad*, el autor identifica (53) una triple estrategia que regula el uso de los placeres y resulta útil para situar las disputas en las que actualmente se libra tanto el ejercicio como el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los jóvenes y las personas LGBT. Ellos serán abordados más adelante en la presente obra.

Tal triple estrategia alude a

- 1) satisfacer el apetito sexual sin excesos
- 2) determinar el momento oportuno y
- 3) modular el placer en consideración de quien lo usa y según el estatuto que le convenga (*Op. cit.*)

En los tres casos se evidencia una moralización de la sexualidad, que limita la libre decisión sobre la vida sexual y sobre quienes tienen derecho a ejercerla según

- la orientación sexual
- la identidad de género o la edad
- la autonomía reproductiva

Lo interesante es que —como se plantea en los capítulos que conforman la primera y la segunda parte del libro— las estrategias mencionadas de control y regulación de la sexualidad se reproducen en el campo médico mediante políticas de salud pública que dialogan con políticas de mercado, así como con procesos de medicalización.

Por otra parte, para delinear las relaciones de la salud emocional (un importante escenario del campo médico) con el género y la sexualidad, es preciso partir de que el orden de género heteropatriarcal ya mencionado limita el reconocimiento tanto de la orientación sexual como de la construcción de las identidades de género; por ello, transgredirlo trae consigo costos significativos en términos de la salud

emocional, que se manifiestan de diversas maneras en el cuerpo: en su dimensión tanto material como simbólica.

Como lo plantea Olga Sabido Ramos (2010: 816), “el cuerpo siempre es fuente de información y —al mismo tiempo— vehículo de manifestaciones emocionales”.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, ésta se define como un estado completo de bienestar y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades (Chávez-Gutiérrez, *et al.*, 2018: 2). Sin embargo, lograr dicho bienestar no es una decisión personal, sino un proceso que se halla enclavado en estructuras sociales y de sentido.

Según Mabel Burin, hay tres modelos de comprensión sobre la salud mental de las mujeres:

- *el psicopatológico*, que parte de principios biologists, ahistóricos, individualistas y asociales para determinar como enfermedad la desviación de lo “normal”
- *el emotivo sensible*, que equipara la sensibilidad femenina con la salud mental para detectar y resolver necesidades emocionales; y
- *el modelo tensional-conflictivo*, que asocia la salud mental de las mujeres con el enfrentamiento de conflictos en medio de condiciones opresivas de existencia, por lo que los estados de crisis pueden propiciar la transformación de la salud mental (Burin, 2010: 4-6)

Mientras que el modelo psicopatológico y el emotivo sensible son esencialistas, el tensional-conflictivo “define a las mujeres como sujetos que se van construyendo, en relación con sus modos de existencia concretos” (*Op. cit.*: 6). En dichos procesos de construcción, las emociones cobran un papel central; por ello, desde esta perspectiva, en la última parte del libro se aborda el impacto que ejerce un orden de género para la salud emocional no sólo de mujeres, sino también de hombres que encarnan distintas orientaciones sexuales o viven diversas opresiones derivadas de los mandatos de género.

La salud emocional se encarga de mantener el “equilibrio, autocontrol y manejo responsable de las emociones, pensamientos y acciones a nivel intrapersonal e interpersonal (Chávez-Gutiérrez, *et al.*, *Op. cit.*: 2).

Puede definirse como un estado de bienestar físico y psicológico que permite una adecuada adaptación a las circunstancias en las que un individuo se desenvuelve para lograr un grado óptimo de equilibrio emocional mediante componentes como el autoconcepto, la autoestima, el autocontrol, la automotivación, la tolerancia a la frustración, los vínculos afectivos, la asertividad, la empatía y las habilidades emocionales (Perpiñán, 2017).

En relación con la orientación sexual, resulta importante considerar que las transgresiones al modelo binario sexo-género —de manera paradójica— han abierto la puerta a la medicalización de la homosexualidad mediante las terapias reparativas (Guerrero McManus, 2016).

Sin embargo, otras perspectivas del campo médico que dan cuenta —precisamente— de las disputas que se viven en él, señalan: “la manera en que vemos los hechos biológicos se filtra por nuestras suposiciones relativas a cómo la gente debe ser” (Giordano, 2018: 108). Ello se debe a que se ha demostrado que las diversas gradaciones que prevalecen en el espectro de hombre a mujer permiten identificar más de dos sexos y géneros (*Op. cit.*: 90).

Parece que hay al menos otros doce cromosomas en todo el genoma humano que regulan la diferenciación sexual, y treinta genes implicados en el desarrollo sexual [...]. Se podría argumentar que, por supuesto, sólo dos sexos identificados tradicionalmente son saludables, y todos los demás son patológicos. Pero no hay ningún hecho empírico basado en el cual podamos diferenciar como sexo “saludable” y “patológico” (*Op. cit.*: 107, 108).

Sin embargo, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017, 65.6% de la población mayor de 18 años considera que

en México se respetan poco o nada los derechos de *gays* y lesbianas. Igualmente, 71.9% de las personas de este rango etario considera que se respetan poco o nada los derechos de las personas trans (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2018: 70-71).

Es claro que en la legitimación y normalización sobre otras maneras de ser hombre y de ser mujer, la percepción social de la discriminación resulta fundamental para —a partir de ahí— construir una serie de condiciones que garanticen el derecho a decidir sobre el propio cuerpo en las personas lésbico-*gay* y trans.

Asimismo, es conveniente considerar que en muchos contextos —que van de lo íntimo a lo público, de la casa al mercado de trabajo— hombres y mujeres heterosexuales tampoco encuentran las condiciones para actuar libremente y transgredir los estereotipos y normas de género. Ello también los imposibilita para decidir sobre su propio cuerpo, lo cual impacta en las emociones desde las que viven ser hombres o ser mujeres y en consecuencia afecta su salud emocional.

En el caso de los hombres resulta particularmente relevante la construcción de otras masculinidades en las que —mediante distintas maneras de construir sus identidades y roles— se contribuya a la disminución de las desigualdades de género.

Después de haber trazado las coordenadas señaladas que permiten problematizar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, se presenta un breve itinerario por este libro, con el propósito de situar a los lectores en las discusiones y aportes con los que contribuyen los diferentes capítulos que lo conforman.

En la primera parte se dilucidan algunas disputas sobre la autonomía reproductiva. El aborto o interrupción voluntaria del embarazo ha marcado la agenda sobre este tema relacionado con el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, como se mencionó con antelación.

Dado lo anterior, se dispone de una importante producción académica sobre ello; por eso, en este libro se privilegian otros abordajes, ya que la autonomía reproductiva también se relaciona con la decisión, el momento y las condiciones en las que las mujeres deciden embara-

zarse, así como con la manera como se vive el tránsito de esta etapa a la maternidad.

En ella, el cuerpo de las mujeres sigue siendo objeto de regulación, control o estigma por medio de representaciones sociales, políticas de salud y de mercado. Los elementos mencionados permiten trazar la convergencia de los dos capítulos que conforman esta parte.

Inaugura la discusión el capítulo “Hacia una sociología de la anticoncepción forzada en México”. En él —a diferencia de enfoques jurídicos o sociodemográficos a partir de los cuales se ha abordado este tema—, Roberto Castro analiza desde una mirada sociológica los mecanismos interaccionales mediante los cuales se despliega un estilo médico autoritario que tiene como finalidad la colocación de un dispositivo intrauterino o DIU después del parto; en ocasiones, sin que las mujeres estén convencidas de ello.

Esa práctica de anticoncepción forzada —que se observó en salas de labor de parto en instituciones públicas de salud en México que operan programas de planificación familiar— transgrede el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo en lo relacionado con su autonomía reproductiva. Como parte de los patrones de interacción del personal de salud orientados a la imposición del DIU, se revela que se dispone de varias estrategias para lograr este propósito:

- el manejo sesgado de la información acerca de otros métodos
- el trabajo de presión en equipo sobre la mujer que está siendo atendida
- la descalificación de las opiniones de las mujeres que prefieren otros métodos

Dichos patrones de interacción también muestran el carácter estructural del problema: una política pública de Estado que hizo pasar el profesionalismo médico por el grado de cumplimiento de metas de planificación familiar.

En seguida, en el capítulo “Lo ‘natural’ es político: experiencias sobre lactancia materna en Ciudad de México y Morelos”, Ana Paulina

Gutiérrez Martínez explora los vínculos y los significados atribuidos a esta práctica en relación con el cuerpo, la maternidad y el hecho de ser mujer.

Haciendo eco de la consigna feminista “lo personal es político”, en su reflexión sobre la lactancia materna, descifra el carácter social de lo que se concibe como “natural”. Aun cuando prevalece una idea generalizada de que la lactancia responde a esta característica y es indolora, en las narrativas de las mujeres que se manifiestan en el capítulo señalado, fue persistente la mención del dolor, la incomodidad, la sensación de vulnerabilidad, así como el desconocimiento de su propio cuerpo y el de sus crías en el momento de iniciar el proceso.

Tales elementos marcan la pauta para que la autora reflexione sociológicamente sobre el hecho de que la lactancia materna no puede ser considerada sólo un hecho biológico y natural. Se trata de un proceso más amplio que se vive en medio de desigualdades de género, sociales, económicas y culturales.

El capítulo revela la importancia que cobra valorar la experiencia que viven las mujeres frente al poder médico y mercantil para repensar la transformación de las sociedades contemporáneas; asimismo, para buscar algunas vías que permitan erradicar las desigualdades de género en distintas dimensiones de la vida social.

Los capítulos que conforman la segunda parte del libro convergen en la decisión de tomar políticas de salud pública como punto de partida para su análisis. Ello representa una oportunidad importante para revelar de qué manera en el campo médico se conjugan esquemas económicos neoliberales con posturas neoconservadoras que en paralelo intervienen en la regulación de la sexualidad y —en consecuencia— en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

En conjunto, problematizan de qué modo la moralidad que se construye en el ámbito de la salud pública interviene en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos como

- el ejercicio de la sexualidad de manera independiente de la reproducción



- el principio de no discriminación por el hecho de haber tomado decisiones sobre la propia sexualidad
- el acceso a la educación sexual y a servicios médicos de calidad

Los tres capítulos que lo integran, plantean aristas para explorar este tema en jóvenes y personas lésbico, *gay*, bisexual y trans: dos poblaciones que suelen ser estigmatizadas por actores neoconservadores, para quienes el derecho a decidir sobre el propio cuerpo implica la transgresión a un orden sexogenérico.

En primer lugar, en el capítulo “La vacunación contra el virus de papiloma humano en México: un ejemplo de medicalización”, Erika Pérez Domínguez se sitúa en la transición de la niñez a la adolescencia en las mujeres (etapa en la que el riesgo de embarazarse y contraer infecciones de transmisión sexual se hace latente), para analizar la regulación de sus cuerpos.

No sólo en el ámbito familiar, sino también mediante políticas de salud pública que involucran procesos como la medicalización: un ejercicio de poder que más que atender una condición médica, intenta resolver lo que se considera “desorden” o “riesgo”.

A partir de lo anterior, se analiza la vacunación contra el virus del papiloma humano como una práctica de medicalización, que opera como parte de una política neoliberal de la salud, en la que desde diferentes posiciones de autoridad se construye una idea de la sexualidad femenina adolescente en riesgo y potencialmente enferma. Ello reproduce estereotipos de género e ideas moralizantes en torno a la salud y sexualidad femenina, todo lo cual contraviene los derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes.

Más adelante, en el capítulo “Construcción de género y prevención de embarazo en adolescentes”, Armando Javier Díaz Camarena inicia detallando una tendencia que identifica el comienzo de relaciones sexuales en adolescentes a edades cada vez más tempranas y sin un adecuado uso de métodos anticonceptivos. Las causas: barreras personales, institucionales y socioculturales, como los roles de género, el ideal del amor romántico y la violencia contra las mujeres.

A partir de lo señalado, examina la manera como se han implementado acciones de prevención de embarazo en adolescentes desde la perspectiva de género; en concreto, mediante la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Su análisis revela las tensiones que prevalecen entre el deseo de disminuir esos embarazos y el miedo de comunidades tanto urbanas como rurales a que la educación para la salud reproductiva y el acceso a anticonceptivos cambie el orden sexual. Ello da lugar a prácticas médicas y pedagógicas conservadoras que dificultan la prevención y limitan los derechos tanto sexuales como reproductivos de las y los adolescentes, al igual que el ejercicio de su autonomía.

Asimismo (como parte de la perspectiva de género), plantea como acción importante para la prevención, incorporar el enfoque de masculinidades; ello con el propósito de cambiar estereotipos y erradicar desigualdades.

La segunda parte del libro cierra con el capítulo “Un paso atrás, dos adelante: las luchas lésbico, *gay*, bisexual, trans y el ascenso del neoliberalismo”. En él, Mauricio List Reyes se propone dar cuenta de la confrontación de dos retos de impacto global: el ascenso del neoconservadurismo y la crisis del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), cuya contención requirió de esfuerzos estratégicos desde el campo médico; concretamente, en el ámbito de la salud pública y la industria farmacéutica.

El punto de partida se sitúa en la década de los setenta, que representa los años del colapso moral de Occidente. Ello le permite resaltar un punto: las políticas neoconservadoras de tal década no estaban reñidas con una visión de la economía neoliberal; por eso se pretendía que sujetos que se habían infectado del virus de inmunodeficiencia humana a partir del ejercicio de su sexualidad, se responsabilizaran de su salud.

Agendas neoconservadoras que desaprobaban la homosexualidad tuvieron efectos perniciosos en la lucha contra el sida, por lo que consignas del Movimiento de Liberación Homosexual que remiten al derecho a decidir sobre el propio cuerpo como “¡En mi cama mando

yo!” y “¡No hay libertad política si no hay libertad sexual!”, se convirtieron en demandas importantes para lograr el reconocimiento de derechos sexuales en un momento de ascenso del neoconservadurismo.

Los tres capítulos que conforman la última parte del libro se sitúan en una coordenada del campo médico que también resulta central en las disputas sobre género y sexualidad: la salud emocional, un dominio específico de la salud mental. En conjunto, problematizan la idea de que por un lado las emociones también son resultado de un deber ser que genera desigualdades para mujeres y hombres, debido a sus anclajes en estructuras sociales y de sentido de génesis heteropatriarcal; pero por otro constituyen una vía para transformar, desde la subjetividad, la manera como los mandatos de género se resignifican y encarnan.

Los capítulos indicados son una invitación a reconocer —a partir de un ámbito específico del campo médico— la importancia que las emociones cobran para repensar y cuestionar el orden de género. En consecuencia, con el propósito de priorizar la libertad para construir identidades que revelen distintas maneras de ser mujer, masculinidades no hegemónicas y orientaciones sexuales diversas.

Inicialmente, en el capítulo “Barreras subjetivas en el proceso de devenir autónomas: una aproximación feminista interseccional”, Tania Esmeralda Rocha Sánchez analiza las barreras relacionadas con procesos de subjetivación y socialización de género a las que las mujeres se enfrentan, así como los efectos que traen consigo para la constitución de la autonomía psicológica y personal.

Su aproximación parte de un posicionamiento feminista-interseccional que reconoce y sitúa las condiciones de discriminación en un momento histórico y social determinado. Este abordaje resulta de gran importancia frente a la homogeneización desde la cual se han generado indicadores para valorar los avances que han logrado las mujeres en igualdad de género:

- el desarrollo de su autonomía para la toma de decisiones

- el empoderamiento y
- la apropiación de sus cuerpos para ejercer de manera plena y libre su sexualidad

En relación con la salud emocional, el capítulo referido es relevante pues a partir de su perspectiva teórica y acercamiento metodológico, revela tanto la centralidad de la toma de conciencia como la apertura para reconocer malestares emocionales, contradicciones y posibilidades de cambio en la vida de las mujeres.

Posteriormente, en el capítulo “Narrativas y experiencias emocionales: la intersección de la experiencia, la narración y el discurso como acercamiento a las emociones de hombres *gay*”, Ignacio Lozano Verduzco inicia planteando una aproximación teórica a las emociones de hombres *gay* desde los efectos de dos grandes sistemas sociopolíticos: el patriarcado y la heteronorma.

Su intención es problematizar el lugar que guardan las emociones como referente de la salud mental en las narrativas y discursos de las minorías sexuales en la Ciudad de México; ello en el marco de un proceso reflexivo sobre la construcción de su perspectiva de investigación. Para cumplir este propósito, retoma la manera como las instituciones de salud — con sus saberes y discursos— han construido las prácticas afectivas y eróticas entre personas del mismo sexo, así como la identidad no heterosexual.

Su punto de llegada es una propuesta que rompe con la conceptualización médica con la que la diferencia sexual ha cargado desde el siglo XIX; en su lugar, privilegia las narrativas de las experiencias de personas no heterosexuales desde su realidad —atravesada por experiencias de dolor, tristeza y violencia—, lo cual evita imponer una perspectiva que puede patologizarlas, marginarlas o pensarlas exclusivamente desde la vulnerabilidad.

El libro cierra con el capítulo “El barco como institución total: prácticas de género en pescadores de altamar”. En él, Carolina Peláez González analiza las relaciones que prevalecen entre la identidad de género y la salud emocional; concretamente, desde la construcción

de masculinidades. Su aproximación parte del análisis de la reproducción de ciertas prácticas de género y sus efectos en la salud emocional de un grupo de pescadores que laboran en altamar, por lo que viven en condiciones de aislamiento social.

Para llevar a efecto tal propósito, recupera el concepto de *institución total* de la propuesta de Erving Goffman, para nutrirlo de dimensiones analíticas distintas que le permiten explicar la complejidad de otro espacio de aislamiento social: el barco, una organización homosocial donde los hombres construyen y reproducen en colectivo su masculinidad.

En su análisis aborda la salud desde el ámbito corpóreo-sensible y emotivo. Se trata de dominios interrelacionados que permiten mostrar cómo las representaciones en torno al cuerpo masculino inciden en la percepción de los varones sobre su cuidado físico (corporal), emocional y social. Su trabajo representa una propuesta original para analizar de qué manera ciertas prácticas de masculinidad tienen repercusiones en la salud mental.

Desde distintas voces, estas ocho aproximaciones revelan diferentes maneras en las que un principio de autonomía —que se vive subjetivamente desde la experiencia y la agencia, como el que implica decidir sobre el propio cuerpo—, cuestiona algunas instituciones, saberes y representaciones del campo médico que —gracias a su carácter científico y secular— han servido para mantener y legitimar un orden de género que tiene a la desigualdad como una de sus dimensiones constitutivas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, Eva (2013). "Identidad sexual / rol de género". *Debate Feminista: Intersexualidad* 24, vol. 47 (abril): 172-201.
- Anthias, Floya (2013a). "Hierarchies of social location, class and intersectionality. Towards a translocational frame". *International Sociology* 28, núm. 1 (enero): 121-138.
- Anthias, Floya (2013b). "Intersectional what? Social divisions, intersectionality and levels of analysis". *Ethnicities* 13, núm. 1 (febrero): 3-19.
- Arrocha Olabuenaga, Pablo (2018). "Nuevo paradigma de derechos humanos en México". En *Bioética y derechos humanos. México y la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respeto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina*, coordinado por Manuel Ruiz de Chávez e Ingrid Brena Sesma, 15-29. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas/ Comisión Nacional de Bioética.
- Barroso Villa, Gerardo, y Patricia Ibarra Guerrero (2018). "Derechos humanos reproductivos, una mirada hacia el futuro". En *Bioética laica: vida, muerte, género, reproducción y familia*, coordinado por Pauline Capdevielle y María de Jesús Medina Arellano, 241-248. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Beltrán y Puga, Alma Luz; Marta Rodríguez de Assis Machado; Angélica Peñas Defago; y Rachel Sieder (2019). "Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en América Latina a debate". *Encartes Antropológicos* 2, núm. 3 (marzo-septiembre): 231-243.
- Bergallo, Paola; Isabel Cristina Jaramillo Sierra; y Juan Marco Vaggione, comps. (2019). *El aborto en América Latina: estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Berger, Peter L., y Thomas Luckmann (1997). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido: la orientación del hombre moderno*. Colección Paidós Studio. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Blancarte, Roberto (2012). "El porqué de un Estado laico". En *Laicidad: estudios introductorios*, coordinado por Roberto Blancarte, Nelly Caro Luján y Daniel Gutiérrez Martínez, 37-53. México: El Colegio Mexiquense.
- Burin, Mabel (2010). "Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina". Disponible en línea: [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin\\_2010\\_Preprint.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1) [Consulta: 17 de mayo, 2020].

- Capdevielle, Pauline (2013). "Libertad, igualdad, laicidad: las objeciones de conciencia". En *Para entender y pensar la laicidad*. Tomo III, coordinado por Pedro Salazar Ugarte y Pauline Capdevielle, 287-326. Colección "Jorge Carpizo". Serie El Derecho. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas-Cátedra Extraordinaria "Benito Juárez" sobre Laicidad/Instituto Iberoamericano de Derecho Constitucional/H. Cámara de Diputados, LXII Legislatura/Instituto Federal Electoral/Miguel Ángel Porrúa.
- Capdevielle, Pauline, y María de Jesús Medina Arellano, coords. (2018). *Bioética laica. Vida, muerte, género, reproducción y familia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Castro, Roberto, y Joaquina Erviti (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Chávez-Gutiérrez, Manuel de Jesús; David Jasso-Velázquez; y Sonia Villagrán Rueda (2018). "Salud emocional en el desempeño del Psicólogo". *Revista de Filosofía y Cotidianidad* 4, núm. 12 (septiembre): 1-6.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2018). *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017: prontuario de resultados*. México: Secretaría de Gobernación-Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Daich, Débora, y Mónica Tarducci (2018). "Antropólogas feministas por el derecho a decidir. Aportes para una historia de la lucha por la despenalización y legalización del aborto en Argentina". *PUBLICAR-En Antropología y Ciencias Sociales* 24 (julio): 8-26.
- Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.
- Felitti, Karina (2018). "Derechos sexuales y reproductivos". En *Diccionario de religiones en América Latina*, coordinado por Roberto Blancarte Pimentel, 149-153. México: Fondo de Cultura Económica/El Colegio de México.
- Foucault, Michel (2007). *Nacimiento de la biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2009a). *Historia de la sexualidad. Volumen 2: El uso de los placeres*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2009b). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2012). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.
- Giordano, Simona (2018). "¿Qué sería del mundo sin sexo? Reflexiones sobre el sexo y el desarrollo de género". En *Bioética laica. Vida, muerte, género, reproducción y familia*, coordinado por Pauline Capdevielle y María de

- Jesús Medina Arellano, 89-116. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Guerrero McManus, Fabrizio (2016). "Redes de odio y amor: 'terapias reparativas', medicalización y globalidad". En *La medicina en expansión. Acercamientos a la medicalización en México*, coordinado por Adriana Murguía Lores y Teresa Ordorika Sacristán, 95-116. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-Dirección General de Asuntos del Personal Académico.
- Giddens, Anthony (1984). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores.
- Giddens, Anthony (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Serie Península: Historia, Ciencia, Sociedad, 257. Barcelona: Península.
- Lamas, Marta (2007). "Algunas reflexiones relativas al derecho a decidir sobre el propio cuerpo". En *Género y cohesión social*, coordinado por Judith Astelarra, 43-51. Madrid: Fundación Carolina – Cuadernos CeALCI.
- Lamas, Marta (2008). "El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina". *Perfiles Latinoamericanos* 16, núm. 31 (enero-junio): 65-93.
- Lemke, Thomas (2017). *Introducción a la biopolítica*. Colección Sociología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lerner, Susana; Agnès Guillaume; y Lucía Melgar (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. México: El Colegio de México/Institut de Recherche pour le Développement.
- López Hernández, Georgina (2013). "Recuperando las vivencias de dos mujeres y sus parejas que ejercieron su derecho a decidir en la Ciudad de México". *Revista Punto Género* 2 (octubre): 163-182.
- Mesa Peluffo, Sylvia, comp. (2013). *La lucha por el derecho a decidir. Balance de tres experiencias mesoamericanas en torno a la despenalización/penalización del aborto*. Costa Rica: Asociación Centro Feminista de Información y Acción.
- Moi, Toril (2005). *Sex, Gender, and the Body. The Student Edition of What is a Woman?* Oxford: Oxford University Press.
- Ortiz Hernández, Cristina (2019). "El derecho al libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana en la legislación mexicana". *Letras Jurídicas*, núm. 39 (enero-junio): 171-184.
- Perpiñán Guerras, Sonsoles (2017). *La salud emocional en la infancia. Componentes y estrategias de actuación en la escuela*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Ramos, Silvina, comp. (2015). *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro/ Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Population Council-Oficina



para América Latina y el Caribe/Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Sabido Ramos, Olga (2010). "Una reflexión teórica sobre el cuerpo. A propósito de una contingencia sanitaria". *Estudios Sociológicos* 28, núm. 84 (septiembre-diciembre): 813-845.

Sabido Ramos, Olga (2013). "Los retos del cuerpo en la investigación sociológica. Una reflexión teórico-metodológica". En *Cuerpos, espacios y emociones. Aproximaciones desde las ciencias sociales*, coordinado por Miguel Ángel Aguilar y Paula Soto Villagrán, 19-54. México: Miguel Ángel Porrúa/Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.



Primera parte  
La autonomía reproductiva en disputa



# Hacia una sociología de la anticoncepción forzada en México

*Roberto Castro*

## INTRODUCCIÓN

Desde sus comienzos, en la década de los setenta del siglo pasado, la oferta de métodos anticonceptivos por parte de las instituciones del Estado se fundamentó en una política orientada a favorecer la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres y —por ende— en la intención de dar cumplimiento a un derecho humano fundamental. Así lo consignaron —por lo demás— tanto la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1944 como la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995.

Sin embargo, desde sus comienzos, la historia de la planificación familiar ha estado asociada también a estrategias autoritarias de implementación que —por el contrario— constituyen una violación a los derechos que se suponía buscaban desarrollar. Por ejemplo, en una recomendación formulada por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí de 2012, se registra el testimonio de una mujer atendida por parto en una institución pública de salud, quien declara:

En el tiempo que estuve en piso, las enfermeras me decían una y otra vez que firmara para que me pusieran el dispositivo anticonceptivo DIU. Yo

les decía que no; pero no sé cómo me convencieron de que firmara. . . y firmé (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 2012).

Sólo una lectura ingenua podría llamarse a sorpresa ante el hecho de que la mujer en cuestión señale que “no sabe cómo” fue que terminó dando un consentimiento que ella no quería dar. En sociedades como la nuestra, persiste un conocimiento general (en términos fenomenológicos: un *sentido común*) que nos permite reconocer la descripción anterior como un evento perfectamente posible.

No obstante, hace falta documentar sistemáticamente las fuentes empíricas de las experiencias que hacen posible que el lector *reconozca* la plausibilidad de estos relatos. Pues no puede ser sino sociológica la paradoja que permite a la víctima decir que *no sabe cómo* terminó firmando un consentimiento; y que al mismo tiempo permite al lector *reconocer* —por familiaridad— esa misma descripción.

La literatura sobre la frecuente orientación impositiva de los programas de planificación familiar es muy amplia e incluye capítulos referidos tanto a Europa y Norteamérica (Lopez, 1993; Morris y Robinson, 2017; Zampas y Lamačková, 2011) como a Asia (Aird, 1990); y, desde luego, a América Latina (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer, 1998; 1999; Pieper Mooney, 2010).

En efecto, se ha documentado ampliamente cómo el afán de poner un servicio y un derecho al alcance de amplios sectores, se pervirtió en ocasiones con medidas coercitivas (Gold, 2014); o bien limitó deliberadamente los márgenes de elección de que disponían las mujeres al restringir la variedad de métodos o proveer información parcial, inexacta o falsa (Barrett y Buckley, 2007; Jadhav y Vala-Haynes, 2018).

Ello llevó a la propia Organización Mundial de la Salud —junto con otras agencias internacionales— a establecer con claridad su oposición a las prácticas coercitivas en esta materia; particularmente en lo que se refiere a la esterilización involuntaria (World Health Organization, 2014a).

Sin embargo, no siempre se han estudiado los detalles de los procedimientos ni el origen sociológico de tales prácticas. De hecho, la atención en esta materia se ha centrado en la esterilización que se practica de manera forzosa a las mujeres en los servicios de salud; no obstante, poco se ha documentado sobre la imposición de métodos como el dispositivo intrauterino (DIU).

En el presente trabajo nos proponemos presentar hallazgos de una investigación sociológica realizada en instituciones públicas de salud de México, así como mostrar los mecanismos interaccionales mediante los cuales se despliega un estilo médico autoritario que tiene como finalidad lograr que las mujeres “ acepten ” que se les coloque un DIU.

Para ello, en la primera parte contextualizaremos el problema a la luz tanto de estadísticas recientes para México, como de diversas recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos respecto al autoritarismo con que se conducen los médicos en los servicios de salud reproductiva. Procederemos después a ilustrar con ejemplos empíricos los diversos procedimientos que sigue el personal de salud para lograr que las mujeres que son atendidas por parto no sean dadas de alta sin que se les haya colocado un DIU.

Concluiremos mostrando que, en el marco de los derechos humanos, la conducta coercitiva que se observa entre los agentes médicos estudiados tiene un carácter sociológico que debe ser estudiado en profundidad.

### ¿TENEMOS UN PROBLEMA?

La primera cuestión es acreditar que —efectivamente— en materia de violación a los derechos reproductivos, tenemos un problema en México. Como decíamos antes, desde hace varias décadas en América Latina y en nuestro país, han sido denunciadas diversas formas de coerción y autoritarismo que se ejercen desde los servicios de salud contra las mujeres; específicamente en el marco de los programas de planificación familiar. Desde finales de la década de los sesenta del

siglo pasado en América Latina, se han denunciado programas de esterilización involuntaria (Ukamau y Sanjinés, 1969), así como de implantación de DIU sin que las mujeres se percaten de ello (*El Día*, 1984).

Desde la década de los ochenta del siglo pasado, en México comenzó a advertirse —mediante las encuestas demográficas y de salud de la época— una inusual concentración de los métodos definitivos (esterilización) entre las mujeres pobres e indígenas de este país. Ello hacía pensar que la “aceptación” de tales métodos por parte de las mujeres indígenas y más pobres, no se estaba dando en contextos de plena libertad y autonomía (Bronfman, *et al.*, 1987).

Lejos de desaparecer como resultado de estas tempranas denuncias, con el paso de los años el problema ha ido agravándose. Examinaremos en seguida las diversas fuentes de evidencia que tenemos al respecto; específicamente, en lo relacionado con la imposición del DIU.

#### LOS DATOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Una primera evidencia —en este caso de naturaleza *indirecta*— de que estamos ante un problema de carácter *sistémico*, proviene de las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed). Ellas muestran que entre los años 2000 y 2017, la ginecología y la obstetricia se ubicaron en tercer lugar en la lista de especialidades con el mayor número de quejas concluidas por mala práctica: 4 671, apenas después de traumatología (5 002) y urgencias (4 933) (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2019).

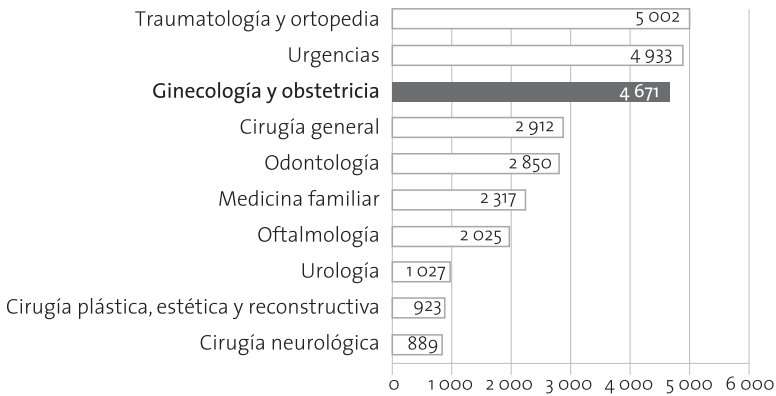
Durante muchos años (al menos hasta 2014), la ginecología y la obstetricia se ubicaron en el primer lugar en número de quejas; sólo recientemente han sido desplazadas por traumatología y urgencias. La gráfica 1 ilustra estos datos.

Señalamos que se trata de una evidencia “indirecta” porque no todas las quejas relacionadas con estas especialidades refieren directamente a esterilización o colocación forzada de un DIU. Aun cuando la cantidad de quejas por tales causas sí podría ser muy significativa,



dado —como se verá en seguida— el número de quejas interpuestas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos que obedecen a dicho motivo, así como por las estadísticas que presentaremos.

Gráfica 1  
Especialidades médicas con más quejas  
concluidas en la Conamed, 2000-2017



Elaboración propia con base en datos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2019).

## LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Una primera fuente de evidencia directa refiere a las decenas de recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en los últimos años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud. Fueron emitidas a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios en quienes se comprobó la violación a sus derechos humanos o a los de salud.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Rastreo hecho por el autor en la página web de la CNDH (<http://www.cndh.org.mx>), así como en las Comisiones Estatales de Derechos Humanos.

Más aún, en virtud de la suma de quejas que ha recibido sobre esta materia —así como de las investigaciones realizadas por su cuenta—, la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha emitido tres *recomendaciones generales* que se relacionan directamente con el problema del autoritarismo médico y la imposición de métodos de planificación familiar.

La primera fue emitida en 2002, con el título: “Recomendación General No. 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar” (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2002).

En ella se identifican prácticas administrativas dentro de las cuales

[...] se ha advertido que el personal médico de las clínicas rurales de las instituciones de salud pública obliga a las mujeres que acuden a consulta a utilizar el dispositivo intrauterino (DIU) como método de control natal, bajo la amenaza de que si no aceptan usarlo, pueden perder apoyos de programas gubernamentales (*Op. cit.:* 2).

El documento señala que las presiones se ejercen tanto sobre mujeres como sobre hombres (para que estos últimos acepten una vasectomía), y es explícito acerca de las violaciones a los derechos de las mujeres en relación con la imposición de métodos: “[...] los médicos o enfermeras de estas instituciones no respetan su voluntad, y sin su consentimiento les aplican métodos de planificación familiar, aprovechando la situación de ignorancia, la necesidad de atención médica, o su alteración emocional” (*Op. cit.:* 2).

Se trata de un documento que marcó un precedente muy importante en tanto expresión jurídica que insiste en la necesidad de observar y hacer valer el genuino consentimiento informado, así como en la de implementar un enfoque de género que permita incorporar a

los servicios de salud dentro del esfuerzo general por lograr relaciones más igualitarias entre hombres y mujeres.

Sin embargo, debido a esta causa, la violación a los derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva persistió, al igual que el cúmulo de quejas recibidas en la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Por ello, en abril de 2009 emitió la “Recomendación General Número 15. Sobre el derecho a la protección de la salud”. En ella señala que:

[...] con base en el análisis de las 11,854 quejas recibidas durante el periodo de enero de 2000 a enero de 2009 [...] se desprenden diversas irregularidades en la prestación de la atención médica, como un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y, en algunos casos, conductas discriminatorias que afectan el bienestar de los pacientes; [...] el maltrato a los pacientes; las intervenciones quirúrgicas negligentes; la inadecuada prestación del servicio médico, y la deficiente atención materno-infantil durante el embarazo o el puerperio (2).

La Comisión Nacional de Derechos Humanos señala que los servicios de salud enfrentan problemas de insuficiencia de recursos humanos, tanto materiales como económicos, y hace una observación fundamental: a diferencia de otros derechos básicos —en los que el papel del Estado se limita a no interferir en el libre ejercicio de ellos—, el derecho a la salud requiere de la activa intervención de las instituciones.

De lo anterior se desprende que de la naturaleza o tipo de intervención que desarrolle el Estado en este tema (es decir: de la manera como se implementen las políticas y los programas, y se presenten los servicios), dependerá también —en buena medida— la calidad del ejercicio del derecho a la salud que se busca garantizar.

Justo ahí radica una de las cuestiones fundamentales que queremos explorar en este trabajo.

En la referida Recomendación General Número 15, la Comisión Nacional de Derechos Humanos señala en repetidas ocasiones que el personal que labora en el sector salud viola los derechos de los

usuarios; además, no siempre parece estar ni lo bastante capacitado ni debidamente supervisado para actuar con respeto a las personas y con plena observancia de las Normas Oficiales pertinentes. Tal descripción abre claramente la ruta a la indagación sociológica.

La tercera Recomendación General sobre violación a los derechos en salud, la número 31, fue emitida en julio de 2017 con el título “Sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud” (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2017). En dicho documento se señala nuevamente que el derecho a la libertad y autonomía reproductiva es a menudo violado en los servicios de salud debido al alto número de mujeres que son forzadas a aceptar un dispositivo intrauterino o una esterilización, aun en contra de su voluntad; además de otras formas de abuso y maltrato que se observan durante la atención del parto.

Asimismo —retomando nuestras propias investigaciones—, señala la importancia que cobra estudiar con un enfoque de género, las condiciones sociales, materiales y culturales que hacen posible la violación sistemática a los derechos reproductivos durante la atención del parto.

#### LA LUCHA DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Otra fuente de evidencia directa se desprende del trabajo realizado por diversas organizaciones de la sociedad civil que desde hace varios años han denunciado consistentemente múltiples violaciones a los derechos de las mujeres en los servicios de salud. Al respecto destacan el Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos de 1996, impulsado por la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal; así como los trabajos del Grupo de Información en Reproducción Elegida (2013; 2015), entre muchas otras organizaciones.

En los países del Cono Sur, los trabajos del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer (1998; 1999) —por citar sólo uno de múltiples ejemplos— han sentado precedentes de primera importancia.

Y finalmente, una larga lista de publicaciones científicas y periódicas —que no podemos reseñar aquí por razones de espacio— han contribuido también a visibilizar este problema (Quattrocchi y Magnone, 2020; Camacaro, 2010; Castro y López, 2010; Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2016).

Como consecuencia de ello, a partir de 2007 se ha tipificado la “violencia obstétrica” en diversas leyes y códigos penales como uno más de los tipos de violencia de género que es preciso identificar y combatir.<sup>2</sup> Tal tipificación define a la violencia obstétrica como

[...] la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (*Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 2007).

## LOS DATOS DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Por otro lado, a partir de la base de datos de egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais), es posible cuantificar el número de mujeres que fueron esterilizadas y el número de ellas en las que se colocó un dispositivo intrauterino en los últimos años en este país (Secretaría de Salud, 2018).

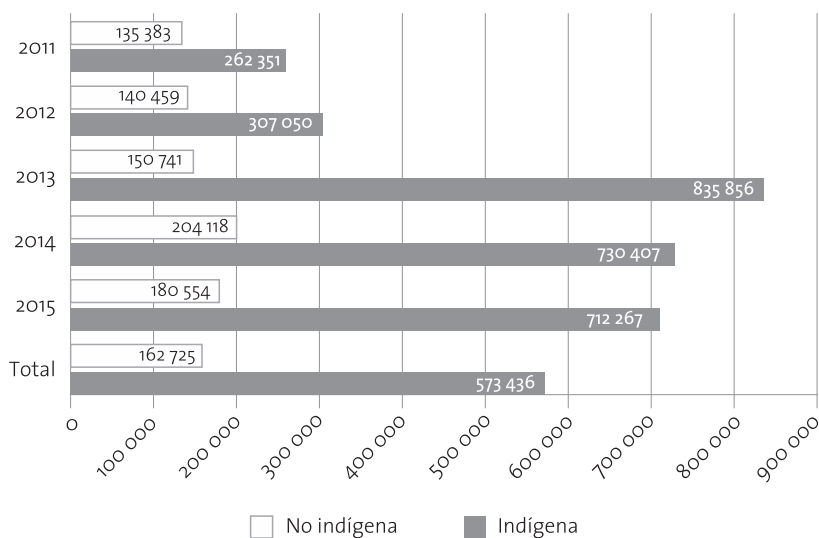
De acuerdo con la tipología formulada por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2006), en México hay 481 municipios que cuentan con 70% o más de población indígena; así como 174 municipios con una proporción de entre 40% y 69% de dicha

<sup>2</sup> Venezuela fue el primer país en introducir esta tipificación en 2007. En México, esta figura ha sido incorporada en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia de Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz. También se encuentra tipificada como delito en los códigos penales de Chiapas, Guerrero y Veracruz.

población. Ello significa que en total hay 655 “municipios indígenas”, en los cuales viven poco más de seis millones de personas.

Además, hay 216 municipios que se denominan “con presencia de población indígena”, y que cuentan con una población indígena minoritaria respecto a la población total del municipio, aunque igualmente significativa. Por tanto, a partir de la suma de los criterios anteriores: del total de 2 456 municipios en México, se reconoce que hay 871 municipios indígenas o con población indígena.

Gráfica 2  
Tasas de esterilización y colocación de DIU  
a nivel nacional por 100 000 mujeres  
de 15 a 49 años, 2011-2015



Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud (2018).

En la gráfica 2 se observa que las tasas (por 100 000 mujeres) de esterilización de mujeres y de colocación de DIU en los estados que cuentan con municipios indígenas (de acuerdo con la clasificación descrita), son muy superiores a las tasas de los estados que no tienen municipios indígenas o la tienen en menor proporción.

Para el caso de los municipios no indígenas, su mayor pico fue en 2014, con una tasa global de 204.12; mientras que en el caso de los municipios con población indígena, el mayor pico corresponde a 2013, con una tasa de 835.86 eventos de esterilización y colocación de DIU por 100 000 mujeres (gráfica 2).

Lo cual confirma lo señalado anteriormente: cuando se aplican estos procedimientos de regulación de la fertilidad en las regiones y municipios indígenas, aparece una concentración inusual si la comparamos con las tasas que se observan en las regiones y municipios no indígenas.

#### LOS DATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES EN LOS HOGARES 2016

La más reciente edición de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh 2016) incluyó —por primera vez— preguntas sobre la atención obstétrica que recibieron las mujeres que tuvieron un parto en los cinco años previos a la encuesta (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016). Los resultados son muy reveladores acerca del problema de violación a los derechos de las mujeres, que observamos actualmente en el área de salud reproductiva en los servicios de salud de nuestro país. El cuadro 1 presenta esos resultados.

Como puede apreciarse, 33.3% de las mujeres sufrió al menos una de las diversas formas de maltrato y abuso que midió la encuesta, tales como haber recibido gritos o regaños (11.2%), retraso en la atención (10.3%), realización de una cesárea sin haber proporcionado la debida información a la mujer (10.3%) o sin su permiso (9.7%); haber sido ignorada durante el parto (9.9%), haber sido presionada durante el parto para que aceptara que se le colocara un dispositivo intrauterino o directamente una oclusión tubaría (9.3%), y otras.

La gráfica 3 permite apreciar las prevalencias de violencia y maltrato —por una parte— y la atención sin consentimiento efectivo

—por otra—, así como de cualquier modo de violencia obstétrica, por entidad federativa.

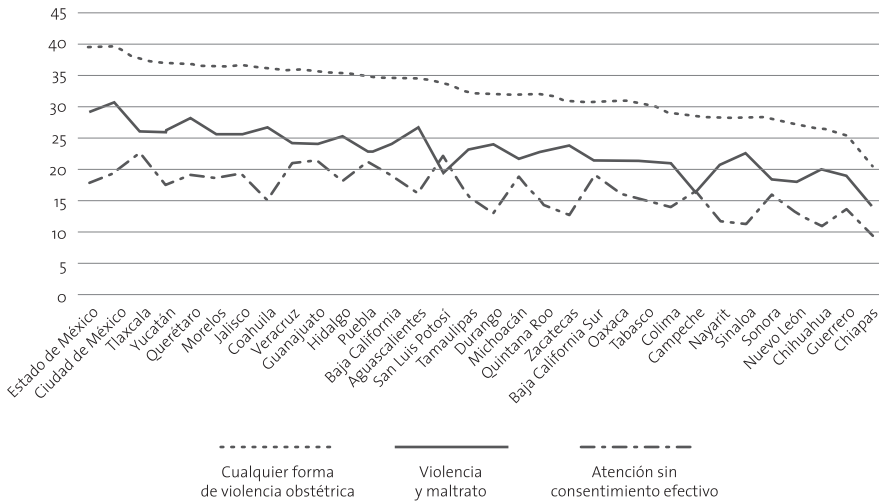
Cuadro 1  
Prevalencia de formas de abuso y maltrato  
durante la atención obstétrica en los cinco años previos a 2016.  
Mujeres de 15 años y más que tuvieron un parto

<i>Abuso y violencia</i>	%
La obligaron a permanecer en posición incómoda o molesta	9.2
Le gritaron o regañaron	11.2
Le dijeron cosas ofensivas o humillantes	7.0
La ignoraban al preguntar sobre parto o bebé	9.9
Se negaron a anestesiarla o aplicar bloqueo para disminuir dolor sin dar explicaciones	4.8
Tardaron mucho tiempo en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho	10.3
Le impidieron ver, cargar o amamantar al bebé	3.2
<i>Atención no autorizada</i>	
Colocaron anticonceptivo o esterilizaron sin preguntar o avisar	4.2
Presionaron para que aceptara un dispositivo u operación	9.3
Obligaron a firmar algún papel	1.6
No le informaron que era necesaria cesárea	10.3
No dio permiso para cesárea	9.7
Cualquiera de las anteriores	33.3

FUENTE: Castro y Frías (2019).



Gráfica 3  
Prevalencia de violencia, maltrato y atención no consentida durante el parto, por entidad federativa en los cinco años previos a 2016. Mujeres de 15 años y más que tuvieron un parto.



Fuente: Castro y Frías (2019).

Con toda la información precedente, es claro que estamos ante un grave problema de violación de derechos humanos, sexuales, y reproductivos, que requiere urgente y eficaz intervención. El problema del abuso y maltrato a las mujeres en los servicios de salud reproductiva ha sido objeto de interés del movimiento de mujeres, activistas de derechos humanos, y diversos investigadores (Castro y Erviti, 2003; Dixon Woods, *et al.*, 2006; Savage y Castro, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2014b) lo denomina “*disrespect and abuse*”, y en diversos países se ha hecho investigación siguiendo este enfoque, básicamente desde una perspectiva de salud pública (Bohren, *et al.*, 2015; Chadwick, Cooper, y Harries, 2014; Freedman y Kruk, 2014).

En cambio, el enfoque de la “violencia obstétrica” ha sido adoptado sobre todo por países latinoamericanos (*Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 2007). Este enfoque sostiene que es crucial

adoptar ante todo un enfoque feminista, pues la violencia obstétrica es una más de las múltiples formas de violencia que se ejercen contra las mujeres (Sadler, *et al.*, 2016).

#### UNA NOTA METODOLÓGICA

Las evidencias presentadas hasta aquí muestran que el problema de la violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva —específicamente en lo que se refiere a la imposición de DIU—, ha venido documentándose con el paso de los años sobre todo desde enfoques jurídicos y sociodemográficos. No obstante, poco se ha investigado acerca de cómo se lleva a cabo —en concreto— dicha operación.

En lo que sigue describiremos brevemente algunos ejemplos del tipo de evidencias recolectadas en el marco de la investigación sociológica que hemos realizado en este campo. Las evidencias que se muestran se basan en uno de los componentes básicos de tal línea de investigación que hemos impulsado desde hace más de 20 años. Ella consistió en la realización de más de 250 horas de observación directa en las salas de labor y parto en varios hospitales públicos de México (tanto de la Secretaría de Salud como del Instituto Mexicano del Seguro Social) en el transcurso de tres meses.

Para llevar a efecto lo anterior, se capacitó a tres estudiantes de antropología como observadoras, que debían registrar manualmente y con todo detalle las interacciones que observaban y los diálogos que escuchaban. Se observó un total aproximado de 130 partos y cesáreas (Castro y Erviti, 2015). Las descripciones y relatos que siguen se basan directamente en las notas de campo de las observadoras.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Esta línea de investigación ha incluido otras estrategias de indagación, como entrevistas en profundidad a médicos ginecobstetras y a otros profesionales igualmente formadores de opinión pública (Erviti, Sosa Sánchez, y Castro, 2010); entrevistas a mujeres que ingresan a las áreas de urgencias médicas por un aborto en curso o una emergencia ginecológica (Erviti, Castro, y Sosa Sánchez, 2006); análisis de las estadísticas de la Conamed y realización de múltiples grupos focales con estudiantes de medicina, residentes y médicos especialistas con

## PATRONES DE INTERACCIÓN ORIENTADOS A LA IMPOSICIÓN DE DIU

Al examinar tanto las observaciones realizadas en las salas de labor y parto de los hospitales públicos donde trabajamos, como algunas de las recomendaciones de la CNDH relativas a imposición forzada de métodos anticonceptivos, podemos señalar que el personal de salud recurre a varias estrategias para lograrlo. Entre ellas debe destacarse las siguientes:

### *Manejo sesgado de la información acerca de otros métodos*

Una primera estrategia consiste en ofrecer información errónea o deliberadamente inexacta a las mujeres que manifiestan su preferencia por un método distinto del DIU. Una de las observadoras registró la siguiente interacción:

Escucho desde hace rato que Enfermera 3 trata de convencer a la mujer de que se ponga DIU. La mujer argumenta que alguien le dijo que se tenía que poner el dispositivo después de 6 meses del parto. La enfermera replica: “No es cierto. Te vamos a dar un folleto. Se les recomienda que después del parto”. La mujer intenta defenderse, pero la Enfermera continúa: “En primer lugar, ahorita no estás reglando. Deberías de aprovechar [...] tú sabes que no puedes tomar pastillas porque tienen hormonas. Te va a salir hasta barba. ¿Te imaginas?”. La mujer, al tiempo que se levanta porque ya llegó el camillero que la va a acompañar a la salida de urgencias, escucha a la enfermera y no logra decir que no.

---

diversos años de experiencia en varios estados de la república (Castro, 2010). De igual manera, hemos realizado un análisis exhaustivo de las cerca de 500 recomendaciones que sobre abusos relacionados con la consulta gineco-obstétrica y la atención del parto han emitido tanto la Comisión Nacional como las Comisiones Estatales de Derechos Humanos desde 2000 hasta la fecha; hemos analizado un amplio número de sentencias emitidas por el poder judicial en esta materia, y hemos revisado las noticias sobre dicho problema aparecidas en los principales diarios del país a lo largo también de casi dos décadas.

Veremos en seguida que este manejo de información inexacta o francamente falsa suele combinarse con otras estrategias de presión.

*Trabajo de presión en equipo  
sobre la mujer que está siendo atendida*

La estrategia más común consiste en realizar una presión sistemática sobre la mujer, por parte de varios de los integrantes del equipo de salud, para “persuadirla” de que acepte un DIU. En seguida presentamos varias observaciones que documentan dicha estrategia. En la primera de ellas, el interno dice a la mujer:

—*El interno*: “Se va a poner DIU, ¿verdad?” —la mujer dice que no—. Entonces la enfermera al escuchar tal respuesta, sorprendida dice: “¡Hijole ya lo abrí!” (*se refiere a que ya lo sacó de la envoltura estéril donde venía*). “Te pregunté y dijiste que sí” (*en tono de reclamo*). La mujer se defiende diciendo: “No, le dije que después sí; pero después”. La enfermera replica: “Mira m’ija, te voy a decir una cosa (*tratando de intimidar con los ojos*): acuérdate de que ya tuviste un hijo (*me parece que le insinúa que ya tuvo un hijo de otro papá*). Además, sabes que no de inmediato menstruas, hija. Sí, de una forma debes salir protegida. No puedes tomar pastillas porque le hacen daño a tu bebé. Lo más ideal es que te pongan el DIU, y en un mes te lo revisas”.

*El interno* insiste: “Entonces, señora, ¿va a querer el DIU?”. La mujer se mantiene firme: “No, ahorita no”. Al parecer la enfermera no tolera esa respuesta, así que no se da por vencida y dice: “¿Sabes? Pasa esto. Tú ya firmaste<sup>4</sup> (*usa eso para hacer más presión y hacer sentir obligada a la*

<sup>4</sup> Se refiere a que en algún momento se logró que la mujer firmara un “consentimiento informado” sin que ella, evidentemente, supiera que eso estaba firmando, entre muchos otros papeles que les hacen firmar.

*paciente*). Que te lo pongan y después vienes y te lo quitas”.<sup>5</sup> La mujer, en tono de que ya se está dejando convencer, responde: “No, ahorita no”. Como ya llevan mucho rato en esa conversación, y el interno tiene que continuar con el trabajo, comenta: “Está bien”; pero la enfermera persiste: “Nosotros tenemos la obligación de decirles. No te puedes poner inyección ni pastillas”.

Entra en la conversación otra enfermera. Ahora todos están contra la paciente. La enfermera pregunta a la señora: “¿Por qué no te lo quieres poner?” (*como regañando*): “¿Antes del año quieres venir a tener el otro?”. La paciente dibuja una sonrisa insegura. La enfermera insiste: “¿Entonces por qué firmaste?”; como no recibe respuesta, pasando por alto a la paciente, indica al interno: “¡Pónselo!”.

El interno responde claramente: “No. Si la paciente dice que no, no se lo podemos poner. Eso es lo que a nosotros nos dijeron”. La enfermera, exasperada, exclama: “Entonces para que las hacen que firmen. De nada sirve”. La paciente ya parece fastidiada y en tono de enojo no permite que la enfermera termine su discurso y dice: “¡Ya, póngamelo, pues!”. El interno de inmediato deja de esperar y agrega: “Es una buena decisión”.

Lo que también resulta revelador es esta última expresión de parte de la enfermera, quien parece reclamar: aunque se obliga a las mujeres a que firmen —posiblemente al ser recibidas en el hospital o en pleno trabajo de campo—, desde su perspectiva la estrategia no da los resultados esperados. Por eso sentencia: “De nada sirve”.

De nada sirve proceder así, parece decir. De nada sirve obtener sus firmas cuando menos pueden resistirse. Aunque al final la mujer cede, obviamente lo hace en un contexto donde no dispone de libertad

<sup>5</sup> Sin embargo, en algún momento otra mujer le dijo a una de las observadoras, refiriéndose al DIU: “querían que me lo pusiera (se refiere al personal del IMSS), pero es que una vez me lo puse en la clínica 16, pero luego ya no me lo querían quitar y me lo quitaron en Salubridad. Ya no me lo vuelvo a poner nunca”. Se trata de un indicio de que ese ofrecimiento que se hace a las mujeres de que después pueden regresar a solicitar que se les quite el DIU, no es ni verdadero ni de fácil ejecución.

para decidir realmente por su cuenta. Y pese a ello, el interno celebra y desplaza la responsabilidad a la mujer: “Es una buena decisión”.

En la segunda observación también se aprecia un trabajo de presión orquestado en equipo. La observadora anotó:

Escucho que la mujer dice claramente “No”, cuando le preguntan si le ponen el DIU. Al escuchar la respuesta negativa, todos la miran y luego insisten todos simultáneamente con estos argumentos que pude captar para obtener un “sí”.

*Interno: Sería mejor para usted.*

Señora: No.

*Enfermera: “No”. Eso dicen todas [con voz irónica].*

*Interno: Se lo ponemos y después se lo quita.<sup>6</sup>*

*Enfermera: ¿No se quiere controlar? —La mujer pregunta para qué [con voz muy baja] y la enfermera contesta, con voz fuerte, admirada: ¿Cómo para qué? —Surge un intervalo de silencio y en el ambiente se siente la tensión. Entonces:*

*Interno: ¿Sí se lo ponemos? Mal no le va a hacer. Y si se quiere controlar, es el mejor método.*

*Enfermera: Es mejor que se lo pongamos a que venga el año que entra. —La mujer escucha calladamente. Sus ojos muestran que debe dar una respuesta —. No, no le hace daño. Es el mejor. Además, no se va a poner fea, gorda, pañosa<sup>7</sup> —con voz fuerte—.*

*Interno: El DIU no le causa molestia al mes ni a los tres meses. En caso de que le moleste, se lo quita. Le asegura un noventa por ciento —surge un nuevo silencio corto, pero tenso —. Por fin, ¿se lo ponemos señora?*

La señora contesta en voz baja: “Sí”. Mientras, mira al techo. —. Bueno.

<sup>6</sup> Esa insistencia, que observamos repetidas veces, de que las mujeres se pueden poner el DIU y en un corto plazo quitárselo, es indicativa de que el personal de salud trabaja bajo la presión de colocar un determinado número de DIU, independientemente de que después las mujeres quieran seguir con él o no.

<sup>7</sup> Nueva alusión a que los métodos hormonales no son convenientes.

En la tercera observación podemos apreciar varias de las estrategias señaladas antes, reunidas en torno a una misma mujer: el trabajo en equipo por parte del personal de salud dirigido a presionar; la información sesgada acerca del DIU y otros métodos; el sarcasmo en algunas expresiones:

La Enfermera 2 ahora apunta algo en los expedientes del bebé.

El interno pregunta: *“¿Se va a poner DIU?”*.

La Enfermera 1 confirma y pregunta: *“¡Ah, de veras! ¿Con qué se va a controlar, eh?”*.

La mujer responde con voz insegura: *“Vivo con mis papás”*.

La enfermera dice con voz fuerte, mirándola a los ojos: *“¡Ah, vive con sus papás! Yo también, y tengo seis meses de embarazo”*.

El interno vuelve a inquirir: *“¿Se lo ponemos? Es mejor que se lo pongamos a que luego esté aquí otra vez el próximo año”*.

La mujer pregunta: *“¿Y si me lastima?”*.

La Enfermera 1 contesta: *“¿Tú crees que si lastimara, las otras mujeres se lo pondrían? Si lastimara, todas estaríamos como tú”*.<sup>8</sup>

La mujer, con voz débil y sin mirar a nadie a los ojos, responde: *“Sí, pero hay otros medios”*.

La Enfermera 1 pregunta: *“¿Qué medios? ¿Hormonas?”* (lo dice con voz burlona).

El interno la interrumpe: *“El DIU es el más eficaz”*.

La Enfermera 1 continúa: *“Además, si usa pastillas se va a poner gorda y fea. El DIU no le va a molestar si se revisa cada tres meses”*.

Todos los médicos miran a la mujer, a la espera de una respuesta. La mujer mira el techo y no dice nada.

La Enfermera 1 continúa: *“El DIU es seguro en un 90%. Los otros métodos, sólo en un 50%. No es recomendable usar hormonas. Las hormonas alteran psicológicamente”*.

La mujer sigue sin decir nada.

<sup>8</sup> Ironía para decir que si el DIU lastimara, las mujeres no lo usarían y, por lo tanto, se embarazarían más frecuentemente.

El interno vuelve a preguntar: “¿Entonces se lo ponemos, señora?”.

La mujer responde con voz vencida: “Pues sí”.

Todos los médicos parecen alegrarse.

*Descalificación de las opiniones  
de las mujeres que prefieren otros métodos*

Otras observaciones permiten apreciar el esfuerzo que despliega el personal de salud por echar abajo las opiniones alternativas que pueda tener la mujer respecto a los métodos anticonceptivos que habrá de usar, incluso si se trata de decisiones acordadas con el esposo:

La enfermera le pregunta cuántos hijos tiene.

La mujer contesta que éste es su cuarto hijo. Tiene lugar entonces el siguiente diálogo:

*Enfermera: ¿Con qué te vas a controlar? Mira su expediente y añade: Aquí dice que “Ninguno”.*

Mujer: Es que tengo una úlcera en la matriz.

*Enfermera: Sí, pero ¿con qué te vas a controlar?*

Mujer: Todavía no pensamos.

*Enfermera: ¿Viniste a consulta? ¿Quién te dijo que tenías una úlcera? Tenemos la obligación de decirte: las pastillas y hormonas le hacen daño a tu bebé.*

Mujer: Todavía no pienso.

*Enfermera: Sí, pero mientras tú piensas, tienes que irte controlando. Algunas se operan hasta los 30-40 años. Por el simple hecho de que le des el pecho no quiere decir que no te vas a embarazar. Es tu vida. Nosotros te damos la orientación.*

Mujer: Lo tenemos que platicar mi esposo y yo. No lo hemos platicado.

*Enfermera: Eso tiene que ser antes, fijate. Te voy a decir: ¿con qué te vas a proteger?*

Mujer: Ya platicamos con mi esposo y él me cuida.



*Enfermera: ¡Ajá! ¿Cómo te cuida? Cuando estamos jóvenes nos funciona el ritmo; pero después ya no se puede: se nos aflojan los músculos. No es igual. Yo te digo como mujer. Ora, tú no platicaste con tu esposo. Si él no se protege, tú estás protegida.*

Mujer: El dispositivo me hace mal.

*Enfermera: Si el DIU fuera malo, todas las mujeres estaríamos como tú.*

Mujer: Voy a ir con el ginecólogo.

*Enfermera: Vas a ir con el ginecólogo, te va a dar pastillas. ¿Cuánto cáncer hay por ahí ahora?*

Mujer: Yo quiero esperarme.

*Enfermera: Pudiendo usar método aquí, te salvas de la consulta. Un médico de aquí te diría.*

El relato anterior muestra cómo se despliega el poder sobre las mujeres que están siendo atendidas, mediante sutiles mecanismos discursivos. Por una parte, la enfermera da por sentado que la mujer se va a (o se tiene que) “controlar”; es decir, debe adoptar un método de planificación familiar.

Las preguntas no van orientadas a explorar si es el deseo de la mujer adoptar un método: van directamente encaminadas a determinar cómo piensa hacerlo. Al mismo tiempo, ponen en duda de manera sistemática las expresiones de certeza de la mujer, tales como el hecho de tener una úlcera que le impide usar un DIU o que su esposo “la cuida”.

O en último término formulando una regla *ad hoc* para descartar la legítima aspiración de la mujer de platicar el asunto con su esposo: “Eso tiene que ser antes”. ¿Por qué tiene que ser antes? ¿Qué regla invoca la enfermera que supuestamente establece que las mujeres deben llegar a la sala de labor y parto ya habiendo acordado con sus parejas qué harán en materia de planificación familiar? Obviamente ninguna: es una regla creada en ese momento como un recurso más de presión sobre la mujer.

## HACIA UNA EXPLICACIÓN SOCIOLÓGICA

Las evidencias aquí presentadas muestran que estamos ante un grupo cuyo comportamiento profesional se basa en la presunción de poseer la licencia y el mandato que caracteriza a una profesión. “Los profesionales profesan<sup>9</sup> saber más que los otros sobre la naturaleza de ciertas cosas” (Hughes, 1993: 375).

Sin embargo, el *saber* profesional está formado por mucho más que el conocimiento formal y la agenda oficial de los programas de entrenamiento. Además, incluye un *sentido práctico*, un saber paralelo al conocimiento representado por los reglamentos y las normas establecidas (Bourdieu, 1991).

Dada la regularidad con la que registramos casos como los antes descritos, podemos afirmar que el personal de salud vive como un mandato profesional la propensión que exhibe a imponer el DIU a las mujeres. Por ello (porque lo viven como un mandato) proceden presionando a las mujeres, pese a la existencia de una serie de normas que garantizan como un derecho humano inalienable la decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos: facultades que competen única y exclusivamente a cada individuo<sup>10</sup> (Erviti, Castro, y Sosa Sánchez, 2006).

Estamos ante un *sentido práctico* (el médico profesional) que asume *prácticamente* —es decir, no del todo de manera deliberada ni consciente—<sup>11</sup> que cuenta con la licencia necesaria para pasar por alto los mandatos legales y resolver situaciones concretas de manera práctica. En síntesis, estamos ante un *habitus* médico autoritario.

En otros trabajos (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015) hemos caracterizado y definido en detalle la noción del *habitus* médico. Aquí sólo diremos que se trata del conjunto de predisposiciones *pre-reflexivas*

<sup>9</sup> En el sentido de estar obligados para toda la vida a cumplir con los votos propios de su profesión, tras haberse acreditado como conoedores ante alguna institución autorizada para expedir tal reconocimiento.

<sup>10</sup> Artículo 4° constitucional y diversas normas oficiales e institucionales.

<sup>11</sup> Lo que, desde luego, no exime a los actores de la responsabilidad de sus actos.

producto de la *in-corporación* de la estructura de poder: de género, profesional, de clase, . . . del campo médico.

La génesis del *habitus* médico que opera en los servicios de salud reproductiva puede rastrearse hasta los primeros años de formación universitaria, pasando por los del internado y los de especialización. Hay por lo menos cuatro dimensiones centrales del currículum no oficial que los estudiantes de medicina y los médicos que están haciendo su especialidad en gineco-obstetricia o medicina familiar deben aprender e interiorizar.

Tales dimensiones se refieren al cultivo de una forma muy específica de masculinidad y de feminidad; a la centralidad de los castigos como vehículo de transmisión de los conocimientos; a la importancia de las jerarquías en el mundo médico (apenas equiparable a la jerarquización prevaleciente en el campo militar y en el ámbito religioso); así como al disciplinamiento de género.

Sobre esa propensión autoritaria se impulsó —desde la década de los setenta del siglo pasado— un nuevo “profesionalismo” del personal que labora en los servicios de salud reproductiva, que debía cumplir metas actuarialmente determinadas desde la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, en cuanto a número de DIU que debían colocar mes a mes. Al funcionamiento jerárquico de un campo se añadió un discurso que hizo equivaler eficiencia profesional con cumplimiento de metas de planificación familiar.

La convergencia de ambas dinámicas dio por resultado una rutina profesional observable en el personal de salud que presta sus servicios en las salas de labor y parto, que propende a impedir que las mujeres sean dadas de alta sin que les sea colocado un DIU o sin que sean directamente esterilizadas. Así como a conseguir este objetivo mediante estrategias interaccionales como las que hemos documentado en el presente trabajo.

Tal como hemos mostrado, aunque es posible identificar los procedimientos interaccionales específicos mediante los cuales con tanta frecuencia se logra imponer un DIU contra la voluntad de las mujeres, nuestra investigación también muestra el carácter estructural del

problema. La política pública que hizo pasar el profesionalismo médico por el grado de cumplimiento de metas de planificación familiar, fue impulsada con toda la fuerza del Estado. Por tanto, para erradicar de manera efectiva el problema, resulta necesario pensar en intervenciones de ese calibre.

En otras palabras, ciertamente el cambio debe incluir la toma de conciencia de parte del personal que se desempeña en el campo de la salud acerca de la naturaleza de los derechos humanos, así como la frecuencia con que ellos son violados durante la práctica profesional en los servicios que dicho personal brinda.

No obstante, sería apostar al fracaso pensar que todo queda reducido a la voluntad individual de los actores. Se precisa de una nueva política de Estado que corrija lo que podemos considerar por lo menos como un efecto perverso (Boudon, 1980) de una política anterior.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aird, John S. (1990). *Slaughter of the Innocents: Coercive Birth Control in China*. Washington, D. C.: The AEI Press.
- Barrett, Jennifer, y Cynthia Buckley (2007). "Constrained Contraceptive Choice: IUD Prevalence in Uzbekistan". *International Family Planning Perspectives* 33, núm. 2 (junio): 50-57.
- Bohren, Meghan A., et al. (2015). "The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review". *PLOS Medicine* 12, núm. 6 (junio): 1-32.
- Boudon, Raymond (1980). *Efectos perversos y orden social*. México: Premia editora.
- Bourdieu, Pierre (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bronfman, Mario; Roberto Castro; Elena Zúñiga; Carlos Miranda; y Jorge Ovieda (1987). "'Hacemos lo que podemos': los prestadores de servicios frente al problema de la utilización". *Salud Pública de México* 39, núm. 6: 1-8.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2010). *La obstetricia develada: otra mirada desde el género*. Colección La Sociedad y sus Discursos. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Castro, Roberto (2014). "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio): 167-197.

- Castro, Roberto, y Alejandra López Gómez, eds. (2010). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica/Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género/Facultad de Psicología/Universidad de la República Uruguay.
- Castro, Roberto, y Joaquina Erviti (2003). "Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico". *Health and Human Rights* 7, núm. 1 (2003): 91-110.
- Castro, Roberto, y Joaquina Erviti (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca, Morelos/México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, Roberto, y Sonia M. Frías (2019). "Maltrato durante la atención obstétrica". En *De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencias contra las mujeres en México (Endireh 2016)*, coordinado por Roberto Castro, 355-384. Cuernavaca, Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/Inmujeres.
- Chadwick, Rachele J.; Diane Cooper; y Jane Harries (2014). "Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study". *Midwifery* 30, núm. 7 (julio): 862-868.
- Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí (2012). "Recomendación No. 13. Violación al derecho a la protección de la salud por negligencia médica, 13/2012". Disponible en línea: <http://cedhslp.org.mx/portal/recomendaciones/2012/RECO%2013-12.pdf> [Consulta: 20 de enero, 2013].
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2019). *Cuadros estadísticos sobre la atención de controversias en salud. 1996-2018*. Gobierno de México-Dirección General de Difusión e Investigación. Disponible en línea: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/314172/30\\_cuadros\\_estadisticos\\_serie\\_1996\\_a\\_2017\\_final\\_09\\_de\\_marzo\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/314172/30_cuadros_estadisticos_serie_1996_a_2017_final_09_de_marzo_2018.pdf) [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2002). "Recomendación general No. 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar". Disponible en línea: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_004.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_004.pdf) [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2009). "Recomendación general número 15. Sobre el derecho a la protección de la salud". Disponible en

- línea: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral\\_015.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_015.pdf) [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017). "Recomendación general No. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud". México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Disponible en línea: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_031.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf) [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2006). *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006*. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer (1998). *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en Perú*. Lima: Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer/Center for Reproductive Law and Policy.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer (1999). *Nada personal: reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú, 1996-1998*. Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.
- Dixon Woods, Mary; Simon J. Williams; Clare Jeanne Jackson; Andrea Akkad; Sara Kenyon; y Marwan Habiba (2006). "Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An interactionist and Bourdieusian analysis". *Social Science & Medicine* 62, núm. 11 (junio): 2742-2753.
- Erviti, Joaquina; Roberto Castro; e Itzel A. Sosa Sánchez (2006). "Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos en México". *Estudios Sociológicos* 24, núm. 72 (septiembre-diciembre): 637-665.
- Freedman, Lynn P., y Margaret E. Kruk (2014). "Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas". *The Lancet* 384, núm. 9948 (septiembre): 42-44.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* (2007). "Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. No. 38.770 (septiembre) 356.897-356.908". Caracas.
- Gold, Rachel Benson (2014). "Guarding against coercion while ensuring access: A delicate balance". *Guttmacher Policy Review* 17, núm. 3 (septiembre): 8-14. Guttmacher Institute.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (2016). "Tribunal simbólico sobre muerte materna y violencia obstétrica". México: Grupo de Información en Reproducción Elegida. Disponible en línea: <http://tribunal-simbolico.gire.org.mx/#/> [Consulta: 27 de octubre, 2020].

- Grupo de Información en Reproducción Elegida (2013). "Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México". México: Grupo de Información de Reproducción Elegida. Disponible en línea: <http://informe.gire.org.mx/> [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (2015). "Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos Reproductivos en México". México: Grupo de Información de Reproducción Elegida. Disponible en línea: <https://gire.org.mx/838-2/> [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- Hughes, Everett Cherrington (1993). *The Sociological Eye: Selected Papers*. Londres: Transaction Publishers.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en línea: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/> [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- Jadhav, Apoorva, y Emily Vala-Haynes (2018). "Informed choice and female sterilization in South Asia and Latin America". *Journal of Biosocial Science* 50, núm. 6 (noviembre): 823-839.
- Lopez, Iris (1993). "Agency and constraint: Sterilization and reproductive freedom among Puerto Rican women in New York City". *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development* 22, núms. 3-4 (otoño-invierno): 299-323.
- Morris, Theresa, y Joan H. Robinson (2017). "Forced and coerced cesarean sections in the United States". *Contexts* 16, núm. 2 (primavera): 24-29.
- Pieper Mooney, Jadwiga E. (2010). "Re-visiting Histories of Modernization, Progress, and (Unequal) Citizenship Rights: Coerced Sterilization in Peru and in the United States". *History Compass* 8, núm. 9 (septiembre): 1036-1054.
- Quattrocchi, Patrizia, y Natalia Magnone, comps. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Colección Cuadernos del ISCo. Serie Salud Colectiva. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Sadler, Michelle; Mário JDS Santos; Dolores Ruiz-Berdún; Gonzalo Leiva Rojas; Elena Skoko; Patricia Gillen; y Jette A. Clausen (2016). "Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence". *Reproductive Health Matters* 24, núm. 47 (mayo): 47-55. Taylor & Francis.
- Savage, Virginia, y Arachu Castro (2017). "Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches". *Reproductive Health* 14, núm. 138 (octubre): 1-27.

- Secretaría de Salud (2018). Sistema Nacional de Información en Salud. México: Secretaría de Salud. Disponible en línea: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/estadisticas.html> [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- “Testimonio de una mujer usada como conejillo de indias en el Instituto Nacional de Nutrición” (1984). *El Día, La Palabra de México*, 23 de julio. México.
- Ukamau, G. (productor), y Sanjinés, Jorge (director). (1969). *Yawar Mallku [La sangre del cóndor]*. Bolivia: Grupo Ukamau.
- World Health Organization (2014a). *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO*. Ginebra: Suiza. Disponible en línea: <http://www.who.int/iris/handle/10665/112848> [Consulta: 27 de octubre, 2020].
- World Health Organization (2014b). *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-based Childbirth*. Disponible en línea: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1) [Consulta: 28 de octubre, 2020].
- Zampas, Christina, y Adriana Lamačková (2011). “Forced and coerced sterilization of women in Europe”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 114, núm. 2 (agosto): 163-166.



# Lo “natural” es político

## experiencias sobre lactancia materna en Ciudad de México y Morelos

*Ana Paulina Gutiérrez Martínez*

### INTRODUCCIÓN

Este capítulo se enfoca en las experiencias en torno a la lactancia materna de mujeres que habitan en la Ciudad de México y en algunas localidades de Morelos como Cuernavaca, Cuautla y Tepoztlán. Se consideraron tanto las experiencias de quienes lactaron como las de quienes no lo hicieron, o las que combinaron leche materna con fórmula láctea.

La decisión anterior está basada en las primeras aproximaciones al campo, donde fue notorio que las mujeres que no habían dado leche materna los primeros seis meses de vida del menor, tenían también una relación con la lactancia y los significados atribuidos a esta práctica.

El título tiene la intención de hacer reflexionar sobre el carácter social de lo que se concibe como “natural” en el contexto de la investigación. Hace referencia a la consigna feminista que demanda poner atención en el ámbito privado como una dimensión política de la vida de las sociedades.

Lo que aquí se plantea es fruto de una investigación que tuvo por objetivo analizar la relación entre identidad de género y lactancia materna mediante narrativas visuales que circulan en *Facebook* y

narrativas verbales capturadas por medio de entrevistas semiestructuradas.

Las mujeres que participaron en la investigación corresponden a un grupo de edad de 20 a 45 años. Al momento de la investigación fue necesario que tuvieran uno o más hijos de entre cero y cuatro años así como que contaran con experiencia con la lactancia, aunque hayan decidido no amamantar o combinar dar a la cría leche materna y fórmula láctea. También fue un criterio de selección que aceptaran participar de manera voluntaria en la investigación y que fueran usuarias de *Facebook*.<sup>1</sup>

Aunque la orientación sexual no fue un criterio de selección, todas las entrevistadas vivían en pareja con un hombre cuando la entrevista tuvo lugar.

Se llevaron a cabo 16 entrevistas semiestructuradas con base en una guía flexible, con distintos componentes temáticos sobre los cuales se trabajó en el análisis de contenido. Algunas de las categorías analíticas fueron experiencia, género, emociones y uso del tiempo. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su análisis. También se tomaron notas durante cada una de las entrevistas y se agregaron a las observaciones registradas en el diario de campo. En este capítulo se utilizan claves de entrevista para mantener el anonimato de las interlocutoras.

## DISCUSIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA

En la actualidad la discusión sobre lactancia materna en la investigación académica se centra sobre todo en los beneficios que ella aporta a la criatura recién nacida. A partir de los datos que ofrecen las instituciones de salud, el debate se centra en tres grandes temas.

<sup>1</sup> Parte de la investigación se llevó a cabo en *Facebook*. En el presente texto no me centro en dicho tema.

*El primero:* los bajos niveles de lactancia se explican por la falta de promoción de ésta por parte de las instituciones de salud y de los médicos que trabajan en favor de las farmacéuticas que elaboran las fórmulas lácteas (Boswell-Penc, 2006).

*El segundo:* se enfoca en las condiciones adversas para las mujeres que desean llevar a cabo la práctica de la lactancia materna. Dichas condiciones se relacionan con la falta de lactarios en las sedes laborales y las propias condiciones de trabajo que impiden que la madre se desplace al lugar donde se encuentra el infante o que absorben la mayor parte de su tiempo. Ello impide que pueda dedicarse a la tarea de “sacarse la leche” y almacenarla adecuadamente (Lubold y Roth, 2012; Lucas y McCarter, 2012). También es relevante la vigilancia que las propias mujeres perciben de sus cuerpos en los espacios públicos, donde a veces se prohíbe de manera velada la lactancia, lo cual pone sobre la mesa el tema de la sexualización de los cuerpos de las mujeres y el control sobre los mismos (Dowling, Naidoo y Pontin, 2012; Gatens, 2013; Hurst, 2012).

*El tercero:* la duración de la lactancia y el estigma que viven algunas mujeres que han decidido extenderla a sus hijos mayores de dos años por parte de otros actores sociales, comenzando por los médicos y familiares.

Se dispone de poca investigación sobre las experiencias subjetivas de las mujeres en torno a la lactancia, ya sea que la practiquen o no. Es decir, aunque algunas de ellas no experimentan la práctica de la lactancia, sí se relacionan con los discursos a su alrededor: el deber ser y las representaciones sobre el cuerpo, la maternidad y el ser mujer (Wolf, 2011).

En algunas sociedades se halla muy arraigada la idea de que la lactancia es algo natural y que por tanto todas las mujeres pueden y deben alimentar a sus crías de esa manera. En diferentes ámbitos como el médico, el familiar, las organizaciones de mujeres pro lactancia, se afirma que “no debe doler ni ser difícil” y que si la mujer no está logrando amamantar a su hijo, es porque “algo está haciendo mal”.

Sin embargo, en las narrativas de mis interlocutoras fue persistente el dolor, la incomodidad, la sensación de vulnerabilidad, el desconocimiento de su propio cuerpo, al igual que el de sus crías en el momento de iniciar el proceso, así como enfrentarse con dificultades; ello en ocasiones a pesar del acompañamiento de doulas o asesoras de lactancia.

Algunas mujeres padecen la lactancia, un evento que se han imaginado como placentero o al menos indoloro. La mayoría de ellas tiene que pasar por un proceso de adaptación al dolor y al malestar. Las menos se adaptan de manera casi inmediata, mientras que la mayoría tarda un poco más o deciden no amamantar a sus hijos debido a los malestares físicos, emocionales que el hecho les causa, o bien a dificultades relacionadas con el trabajo.

Tales particularidades en las experiencias de las mujeres en torno a la lactancia dan pie a reflexionar sociológicamente sobre los significados que se atribuyen social e históricamente a lo considerado como natural y su relación con la desigualdad.

El acceso a lo natural en el contexto de estudio se halla mediado por los capitales sociales, económicos y culturales que las mujeres poseen. Parte importante de dicho acceso a lo natural se encuentra mediado por artefactos, redes sociales y afectivas, así como por el uso y organización del tiempo. En tal sentido, pensar la lactancia como un evento natural, simplifica la comprensión de un proceso complejo que afecta la vida de las mujeres en ámbitos muy íntimos como las emociones, el uso del tiempo y la relación con su propio cuerpo.

Una de las discusiones fundamentales en la antropología ha sido la relación entre la naturaleza y la cultura. La naturaleza suele enmarcarse de manera simplista en el orden de lo biológico, como si estuviera separado tajantemente del orden de lo social. Lo natural se entiende como ajeno a lo humano: como algo puro, algo que no ha sido intervenido por las personas y las sociedades a las que pertenece.

En cambio, la cultura se ha entendido en la antropología y otras disciplinas como un sistema de significados que se diferencia entre grupos sociales establecidos en un territorio (Hannerz, 1996). Sin

embargo, hay debates vigentes en el campo de las ciencias sociales que no sólo cuestionan el concepto de *cultura*, sino la propia dicotomía entre naturaleza y cultura. De tal modo, proponen esta última como una categoría que permita problematizar tanto las fronteras como las mezclas que suceden en los cambios y permanencias de las sociedades, al igual que las trayectorias de las personas a lo largo del tiempo (Descola, 2005; Descola y Palsson, 2001; De Wolfe, 1990; Ingold, 2000; Velho, 2001).

La leche materna (un elemento que podría ser considerado en el ámbito de “lo natural”) se concibe por algunas personas, instituciones médicas y organizaciones de mujeres, como el alimento perfecto para las crías humanas. Tiene todos los nutrientes que necesitan los recién nacidos y los menores de dos años: vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas de fácil digestión, al igual que hormonas y anticuerpos.

Se habla también de los beneficios que la leche materna trae consigo a corto plazo, como la mejora general de la salud en los menores; y, a largo plazo, la prevención de enfermedades tanto en la madre como en el infante: “Más que una leche, es un tejido líquido, insustituible por las fórmulas lácteas” (Gobierno de México-Instituto Nacional de Salud Pública, 2014).

En ese contexto, la fórmula láctea es concebida como perjudicial para la cría y se recomienda no utilizarla. A todo lo anterior se agrega el argumento de que la leche materna es gratuita; en otras palabras: la familia no debe desembolsar parte del gasto para cubrir la alimentación del menor. Por ello, las instituciones de salud y algunas organizaciones civiles consideran de vital importancia la promoción de la lactancia materna exclusiva, al menos durante los primeros seis meses de vida, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (2018).

Sin embargo, las cifras de la lactancia materna en México alertan no sólo sobre los bajos niveles de ésta y su relación con la nutrición y la salud de los menores y sus madres, sino sobre un problema que atañe a las ciencias sociales: el desconocimiento de las experiencias

íntimas de las mujeres en los procesos de lactancia y su relación con las desigualdades de género.

Conocer y analizar sus experiencias bajo los ejes de las emociones, el cuerpo y la organización del tiempo para los cuidados, nos permite plantear la pregunta de si los argumentos que provienen del discurso médico y de algunas organizaciones se sostienen.

¿Es en todos los casos la leche materna la mejor opción para alimentar a los menores? ¿Se puede sostener que la práctica de la lactancia materna es gratuita en comparación con el consumo de fórmulas lácteas? ¿Se pueden extender los beneficios de la lactancia materna a la salud emocional de las mujeres? O ¿hay otras experiencias emocionales no necesariamente gratas que median el proceso?

#### LAS CIFRAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut) (Oropeza Abúndez, 2012), la práctica de lactancia materna en México antes del primer mes de vida es de 81% y desciende a 55% a los seis meses de vida. La duración promedio de la lactancia materna en México es de diez meses. En menores de seis meses, entre 2006 y 2012 descendió ocho puntos porcentuales: de 22.3 a 14.4 por ciento.

Algunos de los motivos que aparecen en la encuesta para no amamantar son, en primer lugar, “No tuve leche”: 37.4% de las respuestas, seguido de “Madre enferma”: 13.7%. Las respuestas englobadas en “No me gustó” alcanzan apenas 6.6%. “Conservar la figura” se halla sólo en 1.6 % de las respuestas.

Las cifras son significativas para esta investigación por varias razones. En primer lugar, porque nos damos cuenta de que la opción con más respuestas pone de manifiesto que las mujeres experimentaron falta de producción de leche materna. Esto abona a la discusión sobre lo que entendemos por “natural”. Es decir, un evento que se supone como tal: la producción de leche materna y el amamantamiento, no es vivenciado de tal manera por las mujeres.

Por otro lado, la respuesta que refiere al disgusto que causó la práctica de la lactancia muestra un bajo porcentaje, lo cual no necesariamente se percibe en las narrativas de las mujeres que compartieron sus experiencias en esta investigación. Es decir, en la mayoría de las narrativas a las cuales tuve acceso, las mujeres expresaron disgusto en algún momento del proceso. Aparece asociado a diversos factores que van desde el dolor, la invasión del espacio personal y las intervenciones médicas o familiares.

Por último, la opción “conservar la figura” cobra relevancia porque pese a mostrar un porcentaje bajo de respuestas, fue la base argumentativa para una de las campañas de promoción de la lactancia en 2014 en la Ciudad de México y causó enorme polémica tanto entre madres como en grupos feministas.

#### LA CAMPAÑA DE LA CULPA

En mayo de 2014, el gobierno del entonces Distrito Federal, encabezado por Miguel Ángel Macera como el titular y con José Armando Ahued como secretario de Salud, lanzó la campaña “No le des la espalda, dale pecho”. El objetivo era promover la lactancia materna exclusiva y aumentar el porcentaje de mujeres que alimenta de esta manera a sus hijos (Asamblea Legislativa del Distrito Federal VII Legislatura, 2014). Dicha campaña fue recibida con una ola de críticas que se centraron en dos puntos.

Por un lado, la presentación de imágenes de los cuerpos perfectos de varias figuras públicas, más que motivar a las mujeres, las hizo sentirse ofendidas por promover estereotipos de belleza en una etapa de la vida en que se sienten vulnerables e incómodas con su cuerpo. Por otro lado, el eslogan de la campaña fue percibido como culpabilizador al sugerir que si una madre no daba pecho, entonces daba la espalda a su cría.

Las respuestas no se hicieron esperar: varias feministas y activistas del campo de los derechos sexuales y reproductivos alzaron la voz en las redes digitales y otros medios de comunicación.

El creativo detrás de la campaña, Óscar Ortiz de Pinedo, se pronunció tratando de explicar sus buenas intenciones; pero no logró más que encender la protesta al expresar que iba dirigida a las mujeres que por egoísmo y por miedo a perder la figura, decidían no amamantar. Aseguró además que los datos de las encuestas oficiales, donde apenas 1.6% de las mujeres declaran éste como el motivo para no amamantar, no eran confiables porque podían estar mintiendo (Redacción-*Animal Político*, 2014). La polémica creció y muchas personas compartieron sus opiniones en redes digitales como *Facebook* y *Twitter*.

Lo anterior es relevante debido a que fue a raíz de este evento que me interesé en investigar sobre las experiencias en torno a la lactancia materna en el ámbito de lo social. En medio del debate, compartí en mi cuenta de *Facebook* un texto de la feminista española Beatriz Gimeno, titulado: “Estoy en contra de la lactancia materna” (2011).

Las reacciones de mujeres y hombres de mi red, con distintas características sociales, no se hicieron esperar. Algunos de los comentarios ponían en relieve la condición necesaria de sacrificio de las madres al decidir tener hijos y juzgaban a la autora por esperar “vivir su vida sin incomodidad ni dolor”. Además ponían en duda sus conocimientos, porque “no es médica y no sabe de lo que habla”.<sup>2</sup>

Fue entonces cuando comencé a pensar la lactancia más allá del hecho natural y construí algunas preguntas que guiaban mis observaciones. ¿Por qué tanta gente parece tener una opinión legítima sobre la lactancia materna al mismo tiempo que deslegitiman las experiencias de algunas mujeres? ¿Por qué hay versiones tan distintas y polarizadas sobre un mismo proceso biológico? ¿Por qué algunas mujeres juzgan las experiencias de otras mujeres con base en la propia? ¿Es la lactancia un hecho natural o un proceso social?

Todas estas preguntas iniciales y la búsqueda de respuestas a las mismas me fueron llevando a pensar la lactancia materna como un

<sup>2</sup> Fragmentos de comentarios a la publicación en *Facebook* del texto de Beatriz Gimeno resultan representativos del resto de opiniones que mostraban desacuerdo con la autora. Guardo el anonimato.



proceso social constituido con base en el género. Joan Scott (2008) define el concepto en dos sentidos. Como

- un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en la diferencia entre los sexos, y
- una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder

En el tema que nos ocupa en el presente capítulo, la definición nos permite pensar en la naturalización de la lactancia como algo propio y esencial de las mujeres, y en cómo se juega en esta significación la desigualdad que se explica como resultado de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Esto último se puede observar mediante su propuesta del género como categoría analítica. La autora considera cuatro subconjuntos:

- las representaciones simbólicas
- los conceptos normativos
- las identidades subjetivas y
- las instituciones

Tales subconjuntos pueden utilizarse de punto de partida para analizar el proceso social de la lactancia materna en el contexto de estudio.

En el caso que nos ocupa, los significados que norman la relación de las mujeres con sus cuerpos, con la maternidad y con el espacio público, son parte de un proceso que se articula con los discursos y prácticas sobre ser mujer. Por lo tanto, con las experiencias íntimas que las mujeres —desde el momento que se les asigna como tales al nacer— viven en el transcurso de los años con la maternidad, aunque no necesariamente la ejerzan.

En la primera etapa de la investigación, los debates en *Facebook* me permitieron notar las tensiones y hacer observables algunas de las representaciones y discursos sobre la maternidad y la lactancia materna, así como las interacciones sociales en torno a ellos. Por medio de memes, comentarios y reacciones, fui elaborando un mapa para

situarme en la discusión y formular lo que más adelante se volvieron algunas preguntas de investigación:

- ¿Existe relación entre la lactancia materna y la identidad de género?
- ¿Cómo narran las mujeres las experiencias que vivieron con la lactancia materna?
- ¿Cómo se vive la experiencia de la lactancia materna en contextos de desigualdad?

A partir de estas preguntas abordé las narrativas verbales de las mujeres, con el propósito de conocer sus experiencias en torno a la lactancia materna.

#### EXPERIENCIAS DE LACTANCIA

Las cifras sobre lactancia materna en México nos brindan información sobre las tendencias y algunos de los motivos que mueven a las mujeres para no amamantar. Sin embargo, no nos permiten conocer sus experiencias íntimas en relación con la lactancia materna, entendida ella como proceso social y no meramente biológico. Tampoco sobre los factores que intervienen en esta práctica y en la decisión de amamantar o no; o bien de utilizar fórmula láctea como alimento complementario.

Las narrativas de las mujeres sobre sus propias experiencias resultan fundamentales para entender la lactancia materna y la relación que ellas tienen con esta práctica, así como la posible relación con las desigualdades de género en varios campos, como el doméstico o el laboral en relación con los hombres. También nos permite vislumbrar las desigualdades entre mujeres que poseen capitales diferenciados, y —por tanto— acceso a diferentes recursos que facilitan el proceso de adaptación al malestar físico y emocional, lo minimizan o incluso logran desaparecerlo por completo.

En el presente texto, la experiencia es entendida como un complejo de hábitos, disposiciones, asociaciones y percepciones; pero también como un proceso mediante el cual se construye semiótica e históricamente la subjetividad de todos los seres sociales, por medio de la interacción continua y recíprocamente constitutiva entre lo social y lo personal (De Lauretis, 1984: 159). Al mismo tiempo, dicho proceso constituye a los sujetos que la viven, y a quien interpreta las narrativas sobre dichas experiencias; es decir: la investigadora (Scott, 2001).

Las emociones forman parte de los procesos a los que aluden tanto Teresa de Lauretis como Joan Scott. De acuerdo con Sara Ahmed (2015), las emociones son prácticas culturales, no necesariamente estados psicológicos. Dichas prácticas resultan socialmente configuradas mediante circuitos afectivos y ellos suceden en las interacciones entre personas. Además, también se considera la propuesta de la autora de entenderlas como acción o inacción; por tanto, como productoras de realidades sociales.

Las emociones son también categorías analíticas que (de acuerdo con Carolina Peláez, 2016), permiten comprender cómo el individuo actúa cuando ocurren transformaciones. Es decir, los recursos emocionales que la persona utiliza en determinadas situaciones de su vida, remiten al orden social del que forma parte, así como a las formas en que dicho orden se mantiene; o, en todo caso, cambia.

En el presente texto me centro en dos emociones que aparecen en las narrativas sobre las experiencias de mis interlocutoras en relación con el proceso de lactancia: el amor y la culpa.

De acuerdo con Norbert Elias, el amor se basa en una necesidad intensa de los seres humanos, que puede tomar formas particulares (como es el caso de la amistad), pero que involucra un “requerimiento emocional de compañía humana, de dar y recibir relaciones afectivas con otras personas” (Elias, 1990: 231). El amor, tal como aparece expresado en las narrativas de mis interlocutoras, pone en relieve el vínculo intenso que se construye entre madre y cría mediante diversas prácticas como el parto y la lactancia materna; pero también algunas otras como el colecho, el abrazo, el diálogo o el juego.

El amor funciona en algunos casos como una cura física y emocional posterior al dolor o a la incomodidad, ya sea asociado a los procesos hormonales, o al hecho de saber que la cría va a estar sana, segura y feliz. También aparece el enamoramiento como la puerta de entrada a un ser nuevo, que ha salido del cuerpo de la mujer y que está llegando a su vida.

Yo me sentía muy feliz: relajada y feliz de que había terminado el momento como traumático, ¿no? Que sí es estresante todo el proceso, todo el previo. Cuando ya sale el bebé, empieza todo lo bonito. No sé. Y sí creo que había ahí toda una cosa de tus hormonas que te ponen en otro canal. No sé. Ya tu cuerpo está preparado para hacerse responsable de mantener con vida a la criaturita que sale ahí. Entonces como que a veces me daba la sensación de que me iba a abrumar mucho la situación, y en el momento no te pasa. No sé, como que te enamora. Estás en un momento de felicidad extrema o no sé... O éxtasis o algo así que no puedes dejar de mirar a la cosa esa que salió [risas]. O sea, hablando mal y pronto: salen feos, pobrecitos. Parecen una ratita: así. Después que lo ves a distancia, cómo puedes decir que estás enamorada de esa cosita: salió tan feíto [risas]. Lo bueno es que lo pegaron en seguida al pecho y se puso a succionar y ni siquiera me tuvieron que poner anestesia para coser el desgarrito que tuve. Todo bien y ya (E1, entrevista personal).

Para mí ha sido el amor más bonito que he sentido. Yo la veía y la veía. Ella ni me pelaba [risas]; pero yo estaba como boba. No me quería ni dormir, aunque estaba súper cansada. Ya que llegamos a la casa fue fabuloso, porque me acosté en la cama y me la puse al lado. Y nos quedamos dormidas. Y desde entonces dormir juntas es nuestro momento más feliz del día (E2, entrevista personal).

La lactancia es sólo una de las cosas que te vincula con tu bebé. Y es bonito cuando ya lograste estar cómoda, o más o menos cómoda; pero no es lo único. Para nosotras el momento de dormir es precioso. Nos

abrazamos, nos vemos a los ojos, nos acariciamos. Definitivamente la lactancia no es la que produce el vínculo (E3, entrevista personal).

Todas las entrevistadas coinciden en que la lactancia materna no resulta determinante en la construcción del vínculo amoroso con sus hijos. Ello es relevante porque nos permite contrastar empíricamente la idea generalizada de que todas las madres asumen que es así. Algunas reconocen que lo disfrutaron; pero hablan también de otras situaciones que les han permitido compartir el tiempo, el espacio, incluso el cuerpo con sus crías, y por lo tanto ir construyendo la relación amorosa.

Para mí sí ha sido muy importante [*la lactancia materna exclusiva*] por el tema de la ovodonación. Pero no creo que sea porque la lactancia es natural y entonces a todas les pasa lo mismo, sino por el significado que le estoy dando y le quiero dar. Me está sanando. Mira, eso no lo había pensado así (E12, entrevista personal).

¡Ay para nada! Hay mil cosas. De hecho, depende de las personalidades de la niña y [*la*] tuya. Yo no sé muy bien jugar con ella; entonces platicamos mucho. Ha sido más grande que me he vinculado de manera más profunda. Pero ¡puta! Si dices eso te “comen” (E4, entrevista personal).

Si bien las experiencias son de carácter diverso, el amor aparece como mediación en la relación madre-hijo; no necesariamente de manera equitativa, como pudiera esperarse en la conceptualización del amor entre amigos o entre amantes. El amor que existe entre la madre y la cría entra en relación también con la responsabilidad de los cuidados. La asimetría de esta relación se basa en la dependencia absoluta de la cría respecto del cuerpo y los cuidados de la madre.

De acuerdo con las experiencias que narran las mujeres entrevistadas, el éxito en la construcción del vínculo amoroso depende en gran parte de que en este proceso la madre ponga el cuerpo; incluso desde

el inicio del embarazo, los eventos del parto, posparto y la lactancia, entre otras etapas posteriores que tienen que ver con la maternidad.

Poner el cuerpo en el caso de las mujeres con quienes trabajé en la investigación, implica poner también el tiempo y las emociones, así como adaptarse a estos procesos mediante estrategias que les permitan sortear las dificultades y resignificarlas.

Era una tortura: como si tuvieras navajas en los pezones. Por más que hacía, no lograba que dejara de lastimarme. Cada vez que la oía llorar, lloraba yo porque ya tocaba otra vez la tortura. Pero yo lo aguanté porque cuando ella estaba en mi panza tenía mucho miedo de que algo saliera mal. Entonces yo le dije: “Te prometo que, si todo sale bien, me la voy a rifar”. Y pues todo salió bien [...]. Rifármela significa estar ahí para ella siempre, en todo momento: siempre que quiera; y también cuando no quiera. Significa esto [*señalando la acción de seguirla por toda la casa mientras gatea*] (E15, entrevista personal).

No siempre se alude al sacrificio y a la omnipresencia como un valor en este acto de poner el cuerpo, aunque en algunas narrativas aparece como elemento que da sentido a la práctica de aguantar el dolor por el bien de la cría. También persiste la idea de que el dolor y el cansancio son incomodidades temporales que no van a ser preservadas en la crianza de los hijos, así como que poner el cuerpo resulta un proceso que de alguna manera es propiedad de la mujer, un tipo de poder que la hace reconocer su cuerpo y apropiarse del mismo a partir de este reconocimiento.

Para mí la lactancia ha sido muy sanadora, porque mi embarazo fue posible por ovodonación. Entonces yo siempre sentí que no era la madre de Ana. Y la lactancia me está permitiendo sanar esa idea de que mi cuerpo no sirve y de que no soy la madre biológica. ¿Acaso mi sangre, mi carne, mi leche no son biológicos? No son un huevo; pero son cuerpo (E12, entrevista personal).

No creo [*hablando de la lactancia como factor que determina el vínculo amoroso entre madre y cría*]. Yo, más que por el vínculo, lo hice porque era mi derecho; porque es la mejor opción de nutrición; porque pude; y porque no quería darle al sistema también eso (E1, entrevista personal).

La culpa aparece en las narrativas asociada al mandato del amor incondicional de la madre, muy relacionada con la alimentación. La culpa puede entenderse como una emoción asociada a la transgresión de las normas morales que implica una autoevaluación negativa de la propia persona (Bericat Alastuey, 2000).

En el caso de las experiencias de lactancia materna de mis interlocutoras, la culpa se presenta en diversos momentos del proceso. Se encuentra asociada al mandato social de amar incondicionalmente a los hijos y demostrarlo de manera constante y clara mediante la alimentación y el cuerpo de la madre. Este mandato es en muchos casos internalizado; si no se cumple, produce una sensación de insatisfacción personal, así como un sentimiento de culpa que se relaciona con sentirse una mala madre.

La presión social por cumplir con otras obligaciones, pero de responder también al mandato de la maternidad —particularmente al de alimentar a la cría de manera “natural”—, genera tensiones emocionales que movilizan (Ahmed, 2015) la acción de la mujer en uno u otro sentido, con el propósito de ir resolviendo las dificultades que se presentan en el proceso de lactancia.

Yo tenía mi permiso de maternidad. Pero mi jefe quería que regresara a trabajar. Me faltaba un mes y medio y me hablaba a cada rato. . . , y la verdad sí me amenazó: me dijo que iba a perder mi trabajo. Yo, del estrés, ni estaba a gusto. Mi mamá me llevaba al niño a la oficina para darle de comer. Pero era muy incómodo. Cuando empecé a darle la fórmula, sentí un gran alivio. Pero sí te sientes culpable (E7, entrevista personal).

La asociación del amor con la comida se halla presente en diversas sociedades. Las clases medias de la Ciudad de México y Morelos no son la

excepción. La comida suele significarse como un placer vinculado con el amor. La comida sin amor —se dice— es la insípida, que no nutre, que no alegra; que incluso enferma. Las madres y las abuelas suelen ser las encargadas de procurar los cuidados y el amor de la comida.

En el caso de la lactancia materna, el amor está asociado al objeto material que emana del cuerpo de la madre: la leche. Producir leche de la mejor calidad y cuidar que el menor la reciba, es percibido como un acto de amor que entra en juego en el proceso de significación de la lactancia al que me he referido en un inicio. No hacerlo (o la sola idea de no hacerlo), genera o generó —en algún momento— sentimiento de culpa en la mayoría de mis interlocutoras; más aún si la opción consiste en alimentar a su cría con la fórmula láctea a la que las propias instituciones de salud suelen señalar como perjudicial para los menores.<sup>3</sup>

La decisión de dar fórmula láctea a la cría cuando por diversas razones a las madres no les acomoda la lactancia materna, resulta muy complicada. En la mayoría de los casos se posterga lo más posible, en busca de estrategias para aguantar el dolor y la incomodidad o el malestar emocional; o bien de combinar el trabajo con la lactancia.

Algunas de mis interlocutoras reconocieron en sus narrativas que ocultaban el hecho de alimentar a sus hijos de manera combinada; es decir, con leche materna y fórmula. También proporcionaban razones médicas para la decisión de no amamantar, cuando en realidad el motivo era la gran incomodidad corporal, la falta de tiempo o las dificultades económicas y logísticas para llevar a cabo un proceso de extracción y almacenamiento de leche materna.

<sup>3</sup> En las entrevistas con mis interlocutoras se asomaba el tema de la presión de las enfermeras y médicos por alimentar con fórmula a los recién nacidos, lo cual parece ser una contradicción del personal médico. Sin embargo, sólo una dio testimonio directo de que esto le sucedió. Operaba como un rumor que no se había concretado, o una sospecha de que la cría no quería la leche porque “la habían llenado de fórmula”. Es una de las vetas para continuar la investigación ligada al tema de violencia obstétrica y desigualdades.



Es horrible. Yo nunca me había sentido tan mal: tan gorda. Las chichis gigantes. Hueles a guácara todo el tiempo. Yo le di también fórmula porque yo no producía suficiente leche y la niña no se llenaba. Y sufría. Yo era súper prolactancia y me sentía terrible. Pero neta: no me salía y [ella] no se llenaba. Hay un punto en que ya no puedes decir nada porque todo mundo te juzga. Y hablan horrible de la fórmula y maravillas de la lactancia. Pero la verdad es que es horrible. Yo fui la más feliz el día que mi hija ya no quiso el pecho. No le insistí ni tantito. Y nunca dije nada de mis malestares ni de que le daba fórmula, hasta ahora que hablo contigo. Me sentía súper culpable (E4, entrevista personal).

Yo sí quería amamantar. Es lo que crees que debe ser: lo natural. Pero no me salía leche. Y todo mundo chinga con que a todas nos sale leche. Y pues no: a mí no. Y el niño lloraba y lloraba. Y en el hospital le dieron la fórmula y después ya fue más difícil que quisiera mi pecho. Yo le daba lo que me salía. Pero resultó ser alérgico a la proteína de la leche y pues tuvo que tomar una fórmula especial (E5, entrevista personal).

Sientes que tu cuerpo no te pertenece. Eres una productora de leche: una vaca. Y te lo aguantas porque entre que estás en automático por no dormir, ni te has bañado, nadie te ayuda pero sí te juzgan, pues ya mejor ni dices nada. Yo nunca me acostumbré. Le daba fórmula a veces y luego le daba pecho; y nunca tuve problemas de que no aceptara una de las dos. Al final le quité el pecho porque ya me sentía invadida a los nueve meses más o menos. Pero me costó mucho trabajo porque me sentía mala mamá. Luego dije: Cuál mala mamá, si me la paso en chinga y su papá casi ni hace nada, y todo mundo le celebra que la carga, la abraza y le cambia el pañal. ¡Ay no! Decidí que la chichi se acababa. Y todo salió bien. Ahí anda bien sanita y feliz (E6, entrevista personal).

—Pues sí me hubiera gustado (*amamantar*). Me sentí culpable mucho tiempo. Como si le estuviera quitando algo que le correspondía (*silencio*).

—¿Pero tu hijo está bien?

—Sí.

—*Y consideras que te has vinculado de otras formas con él?*

—¡Uy sí! Jugamos mucho. Pasamos mucho tiempo juntos. Me busca cuando se siente triste; me platica su día. Es un niño muy alegre.

—*¿Crees que tu hijo sería mejor o estaría mejor o su relación sería más fuerte si lo hubieras amamantado?*

—¡No! Ahora que lo hablamos así, definitivamente no (E14, entrevista personal).

La culpa es una emoción que la mayoría de las entrevistadas sintieron. Conforme fue pasando el tiempo y el proceso fue transformándose, mis interlocutoras lograron reacomodar sus emociones y tomar decisiones que las hacían sentirse mejor y más felices. Algunas expresaron que no habían experimentado culpa por dejar de dar pecho, pero que sí sentían un “fuerte llamado del deber ser”: cubrir los seis meses de lactancia exclusiva que recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Yo me acostumbré. Al principio fue doloroso e incómodo, pero me habitué a esa sensación. Pero era muy esclavizante. Empecé a reducir las tomas porque lo que sí tenía muy claro es que yo sólo iba a darle los seis meses que recomienda la Organización Mundial de la Salud. Así que a los seis meses con un día, no volví a darle pecho. Y no tuve ningún problema (E3, entrevista personal).

Luego ya se te van pasando los miedos, las inseguridades, ¡la culpa! Porque claro, tú estás cuidando todo: que tenga la mejor leche, que duerma muy bien, que coma lo que debe cuando ya le das otros alimentos: que esto y que lo otro, para que no se enferme. Y sientes que eres como una guardiana. Y te lo crees. Yo no podía no hacer todo lo de los manuales. Hasta que entra a la guardería y se enferma de todo. Haya tomado leche materna o fórmula. A la mía que tomó leche materna exclusiva y que seguía todas las recomendaciones, le salió un fuego, le dio gripa mil veces, le dio diarrea, y luego ya. Como que es un proceso de adaptación

al mundo fuera de casa. Fuera de ti. Y hay que soltar también. Al rato ya la veo echándose sus garnachas y mal comiendo. Y yo toda preocupada y sacrificada porque tomara leche materna casi hasta la eternidad [risas] (E11, entrevista personal).

La mayoría de las mujeres entrevistadas reconocen que en diversas situaciones sienten culpa en relación con los cuidados de la cría. Algunas lo tienen muy claro y luchan contra este sentimiento porque consideran que no deben sentirla debido a que realizan demasiadas tareas de cuidados.

Otras lo reconocen, pero intentan darle otro significado; es decir, no se trata de culpa, sino de una necesidad real vinculada con el amor que debe cumplirse. Y por lo tanto llevan a cabo acciones para cubrir esas necesidades o demandas, en prevención de la culpa.

También encontramos a las que no reconocen la culpa en sus prácticas, sino que operan por medio de ésta, pero sin notar que es el motor de una acción o inacción en relación con la crianza. Tales diferentes configuraciones emocionales pueden notarse con mayor claridad cuando nos centramos en la organización del tiempo y los cuidados de las interlocutoras.

## ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y LOS CUIDADOS

La alimentación de la cría es una práctica que organiza el día con día de mis interlocutoras. El sueño, el inicio de otras actividades diurnas, la convivencia con otras personas, los paseos, el aseo personal, el ocio, van en función de la lactancia materna o del biberón con fórmula. En esta dimensión pueden observarse mayores diferencias entre las mujeres que dan lactancia materna exclusiva y las que no lo hacen, ya sea que suministren fórmula o alimentación mixta.

En cualquiera de los casos, en el primer mes de vida de la cría priva un agotamiento tanto de la mujer como de la pareja, debido al proceso de adaptación al sueño del nuevo miembro de la familia. Sin embargo, en este periodo es la mujer quien se hace cargo de las

tomas nocturnas; el hombre duerme a la cría y colabora en otras tareas relacionadas con los cuidados, como el cambio de pañales, el baño o algunas faenas domésticas.

No obstante, dicha etapa es corta porque en la mayoría de los casos referidos por mis interlocutoras, los hombres tienen que volver a trabajar, y son ellas las que asumen prácticamente la totalidad de los cuidados no sólo de la cría, sino de la pareja. Aunque esto pasa con base en negociaciones y acuerdos, mis interlocutoras perciben que persiste una desigualdad ineludible en la distribución de los cuidados.

Es muy chistoso porque siempre tuvimos una relación tremendamente igualitaria; y en el minuto que nace un bebé eso se rompe. Y la lactancia tiene todo que ver con esa ruptura porque finalmente él no le tiene que dar de comer. Las primeras veces él quería ser muy solidario y se levantaba en la noche conmigo. Y pues yo le decía pa' qué te levantas, pues mejor que pueda dormir uno. Él es un tipo muy solidario y quería estar; entonces se despertaba. Pero estaba así como medio destartalado, y al día siguiente tenía que ir a trabajar y estaba hecho mierda porque había pasado toda la noche conmigo. Entonces yo ya le decía: "¿Sabes qué? Ni te levantes. No tiene sentido". Nos ayudó mucho ese momento en que empezamos a poder darle de comer [*hace referencia a la leche materna en biberón*]. La podía yo dejar cuatro horas e irme a una presentación de un libro o a una conferencia, y que se pudiera quedar con él y que él pudiera ser su cuidador. Tanto como lo soy yo en otros momentos. Entonces como que la posibilidad de sacar leche y poder darle en botella nos abrió un poco ese campo (E12, entrevista personal).

Ahora para mí es muy lindo, porque yo siento esto: en mí es mi forma de decirle al sistema: ¡Toma! ¡Te vas a la mierda! Yo sí puedo. Esto no me lo quitas. Ahí a veces siento como que cuando tú dices eso, otras mujeres que no pudieron amamantar se sienten como que tú las estas juzgando. Yo entiendo y realmente comprendo por qué es tan difícil amamantar. O sea, lo estoy haciendo y sé por qué es difícil amamantar: lo vivo todos los días. Además, soy una mamá que trabajo. ¡Me tengo que conectar a

la puta máquina esa! Antes, cuatro veces al día; después, tres; y ahora, dos. Todos los días me tengo que hacer eso para poder mandarle la leche a la guardería. Es doble trabajo. Porque además de hacer mi trabajo, tengo que hacer otro trabajo que es sacarme la leche para alimentar al bebé. A veces otras mujeres que no amamantan no nos reconocen a las mamás que amamantamos lo difícil que es, y el trabajo que hacemos para poder lograrlo (E1, entrevista personal).

El biberón, ya sea con fórmula o con leche materna, es un artefacto que ayuda a organizar el tiempo y las actividades de las mujeres de manera más satisfactoria. Permite la participación de la pareja, sobre todo cuando se trata de tomas nocturnas; o de los abuelos o niñeras en cualquier otro momento del día. Sin embargo, sacarse la leche no es una tarea sencilla ni barata. Se tiene que invertir mucho tiempo y contar con las condiciones adecuadas de espacio, privacidad e higiene para utilizar el artefacto y almacenar la leche.

Los sacaleches manuales no permiten que esta práctica sea rápida ni efectiva. Los sacaleches dobles eléctricos rondan los 1 000 pesos mexicanos; los que traen consigo una hielera y algunos otros accesorios que optimizan la tarea, cuestan arriba de 5 000 pesos mexicanos. A esto hay que agregar que no todas las mujeres cuentan con un espacio adecuado para hacerlo en sus trabajos. Tampoco con los recursos para pagar los servicios de una niñera o una enfermera.

Por ello el acceso a lo natural se vuelve un privilegio, y el argumento de que la leche materna es gratuita no necesariamente se sostiene.

En el caso de la alimentación con fórmula, la calidad del sueño de las mujeres mejora, ya que las crías suelen dormir más tiempo de corrido desde los primeros meses; ellas, igual. Esto fue significativo en las narrativas de quienes se encontraban en tal situación. Dormir bien transforma la configuración emocional del amor-culpa y da lugar a la emoción de la alegría asociada a la satisfacción corporal y de uso del tiempo. El resto de mis interlocutoras se levantan a las cinco de la mañana y se van a dormir alrededor de las 11 de la noche.

Cuando empecé a sentir los beneficios de dormir bien, me cambió el *chip*. ¡Bendita fórmula! No lo decía porque —volvemos a lo de ser mala mamá— hasta yo misma me sentía culpable. Como que siento que a veces se trata de probar quién se sacrifica más para calificar si eres “buena mamá”. Y eso está feo. Como si fuera una competencia. Yo dormía súper bien porque Leo se dormía toda la noche. Es flojo como yo. Entonces nos parábamos a las 10 u 11 de la mañana. Y yo bien feliz haciéndome mi café. Y él también. Claro que una vez que se despierta, ya no puedo desatenderlo. Entonces me pongo a hacer todo lo de la casa. Trataba de bañarme rápido antes de que se despertara, cuando estaba muy chiquito. Y luego ya: a cocinar, limpiar, acomodar; y en todo me acompaña. Cuando llega mi mamá, se lo dejo y me salgo un ratito a tomar café y a leer; pero mi mamá me echa ojos (E14, entrevista personal).

El estar en casa con el posparto hace que algunas de mis interlocutoras sientan “la necesidad” de encargarse de las tareas domésticas como la limpieza, la preparación de alimentos, el cuidado de la ropa de todos los miembros de la familia y la convivencia familiar que —aunque de manera velada— acarrea esfuerzos logísticos que consumen el tiempo de las mujeres. Algunas de ellas, la mayoría, están conscientes de la inequidad en la organización de la vida familiar cotidiana. Extrañan su tiempo libre; también los espacios y las actividades que realizaban solas.

Extrañaba mucho irme a correr. No tener que regresar con prisa a la casa. Echarme unas chelas [*risas*] (E3, entrevista personal).

Se extraña el silencio. Nunca más lo tienes. Bueno, cuando todos están dormidos. Eso y dormir a pierna suelta. Aunque te acostumbras (E11, entrevista personal).

En las narrativas expresaban esto con enojo hacia los hombres en general y hacia sus parejas en particular; pero con una justificación de la desigualdad basada en dos aspectos.

- *El primero*, la naturaleza asociada a la maternidad y, por tanto, al cuerpo y los saberes femeninos percibidos como propios de la maternidad.
- *El segundo*, las condiciones estructurales del trabajo de los hombres.

Por ejemplo, los horarios extendidos, los permisos de paternidad limitados y la exigencia social de la proveeduría económica, que impiden un mayor involucramiento en la crianza. Aunque en algunos momentos de la narrativa relataban ciertas tensiones relacionadas con el tiempo libre de sus parejas y la posibilidad de salir del ámbito doméstico.

Sí, está cabrón, porque tú —aunque quieras— no te vas de peda con tus amigos. O sea, estás amamantando: no puedes tomar alcohol. Y a mí me daba mucho coraje que llegara Raúl y me contara que en la comida se había tomado unas chelas. O luego peor: una vez llegó medio *happy* porque se había tomado unos mezcales saliendo de la oficina. Y yo pensé: “¿Cuándo en la vida puedo yo tomarme ese tiempo sin avisarle a nadie?” ¡Nunca! Es un pedo cuando yo quiero hacer algo sin la manada. Casi ni lo hago. La otra vez me fui a comprarme ropa sola y me sentí súper liberada [*risas*] (E11, entrevista personal).

Yo la verdad siento que los hombres la tienen fácil y ni se dan cuenta. O sea, sobre ellos no recae la responsabilidad del cuidado del bebé. Se valora como una ayuda, pero no como su responsabilidad. A mí me caga que haga las cosas mal, porque me da doble trabajo. Me súper encabrona que no lave bien los biberones. ¿Por qué lo hace? Pienso que desde muy chavitos tendríamos que enseñarles a los niños que los cuidados no son sólo tarea de las mujeres. Que jueguen también a la comidita y las mamás les pongamos a hacer bien, pero *bien*, las tareas domésticas. Mientras eso no cambie, estamos jodidas. Lo van a seguir haciendo mal y por cumplir. No se comprometen: ese es el problema (E14, entrevista personal).

## CONSIDERACIONES FINALES

Después de conocer y profundizar en algunas experiencias vividas por mujeres en torno de la lactancia materna, podemos concluir que ésta no necesariamente en todos los casos resulta la mejor opción para alimentar a los menores. No porque la leche materna no sea un alimento completo y benéfico para la criatura, sino debido a que la lactancia materna no puede ser considerada sólo un hecho biológico, sino que debe comprenderse como un proceso social complejo.

En ese proceso, las más afectadas son las mujeres, que lo experimentan en sus cuerpos, con sus emociones y en las condiciones particulares de existencia en las que se encuentran en el momento de tomar la decisión de amamantar o no.

Al contrario de lo que se promueve desde algunas instituciones de salud y organizaciones en favor de ella, la lactancia materna no necesariamente resulta gratuita. En condiciones que pueden ser consideradas “normales” (donde no se necesitan aditamentos extra), la lactancia entraña un trabajo arduo para las mujeres y —por lo tanto— en términos económicos, acarrea un costo. Que no se contemple como tal, es distinto.

En los casos de lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa de mis interlocutoras, ellas han tenido que mediarla por artefactos como los sacaleches, las pezoneras, los biberones y las bolsas almacenadoras de leche, así como por la contratación de niñeras y asesoras de lactancia; incluso por el hecho de llevar a sus hijos a guarderías donde se acepte la práctica de la leche materna en biberón.<sup>4</sup>

Todo lo señalado genera gastos que evidencian que la leche materna no necesariamente resulta gratuita. Además de que los factores mencionados ponen también de manifiesto que no todas las mujeres pueden tener acceso a dichos mediadores de la experiencia.

<sup>4</sup> No en todas las guarderías es práctica normalizada. La mayoría tiene la costumbre de recibir la fórmula láctea de las madres para las tomas que corresponden a las horas de estancia de la criatura en dicho espacio.



Lo anterior responde a las cifras que presenté al inicio relacionadas con los motivos para no amamantar. De acuerdo con esta exploración de las experiencias de algunas mujeres en Ciudad de México y Morelos, las bajas cifras de lactancia materna exclusiva se relacionan sobre todo con las condiciones no favorables para la práctica de ella. Si no cuentan con el capital económico necesario, o las condiciones laborales adecuadas, las trabajadoras difícilmente podrán construir una estrategia exitosa que les permita sostener la práctica de la lactancia sin que resulte un “esfuerzo sobrehumano”. Esto último no es asunto menor.

Si la práctica que se busca promover como “saludable” se vuelve un reto casi inalcanzable, es preciso detenerse y reflexionar críticamente sobre las condiciones contextuales de las mujeres a quienes las campañas van dirigidas. La salud emocional de ellas es un factor que media la decisión de amamantar. En caso de que se busque promover esta práctica desde el sector salud, las estrategias deberían considerar las experiencias íntimas que viven las mujeres en los procesos de lactancia.

Al depender absolutamente de los cuidados de los adultos, los menores —sobre todo los recién nacidos y los que cursan los primeros meses de vida— son foco de atención en diversas sociedades. Esto parece movilizar una especie de vigilancia que permite opinar sobre lo que se considera “mejor” para su desarrollo. El imaginario social sobre la infancia parece aludir a que la manera de cuidar a los infantes inicia con la ingesta de la mejor leche materna que pueda haber.

Y la idea de que “los niños son de todos” parece abrir el espacio discursivo para que cualquier persona emita juicios infundados sobre las decisiones y prácticas de las mujeres en relación con la crianza. El juicio social sobre las mujeres que parecen no estar cumpliendo con el mandato de género que dicta que son las encargadas de alimentar, cuidar y amar a las crías, parece influir en las tensiones percibidas en las diversas narrativas de las entrevistadas.

La práctica recurrente de legitimar la propia experiencia y las decisiones tomadas en relación con la crianza, en la mayoría de los

casos pasa por la negación de la experiencia de otras mujeres. Tales tensiones fueron expresadas por mis interlocutoras en relación con sus madres, con sus amigas, con las enfermeras y con otras mujeres en abstracto. Fue muy frecuente la expresión: “No estoy juzgando a otras mujeres, pero pienso que esa no es la mejor forma de alimentar a la cría”. O también: “Mi madre quería que lo hiciera todo como ella decía; pero no es la forma adecuada para alimentar y/o cuidar a una criatura”.

Aunque en teoría la mayoría de mis interlocutoras aceptaban la diversidad de experiencias en la crianza, había tensiones en sus narrativas que las llevaban a situar su propia experiencia en un mejor lugar que el resto.

Lo anterior hace posible pensar que hay una relación entre la lactancia materna y la identidad de género. Muchas de las decisiones, prácticas y emociones están mediadas por el hecho de ser mujer. Los mandatos que mis interlocutoras interiorizan y resignifican por medio de las emociones y las experiencias, sólo se explican en un orden de género que —como plantea Scott— constituye a los sujetos y sostiene las relaciones de poder entre hombres y mujeres, al igual que entre las propias mujeres.

La interseccionalidad es una herramienta conceptual necesaria para entender cómo operan las desigualdades de género en los procesos de lactancia materna. Como he mencionado a lo largo del texto, el acceso a lo natural —en este caso, la lactancia materna exclusiva y prolongada— no será igual para las mujeres de clases sociales privilegiadas que para las de clases populares; o para mujeres con una profesión u oficio en particular; o para las mujeres que viven de tiempo completo este proceso en el hogar.

Tampoco para las mujeres que han tenido acceso a determinados saberes, como los diferentes feminismos, las prácticas corporales previas al parto y la lactancia, los derechos reproductivos y laborales, entre otros.

En las narrativas de mis interlocutoras, el amor como construcción (no como esencia) las lleva a tomar decisiones de carácter múltiple.

La mayoría parte de la idea de que el amor se construye día con día; pero también hay un juego con el instinto maternal que podría considerarse una contradicción. Esto contribuye en algunos momentos a la naturalización del rol de madre y cuidadora; por lo tanto, a las desigualdades de género tanto en el hogar como en otros espacios, como el laboral.

Es decir, los hombres no cargan con este mandato. Por lo tanto, sus participaciones en la crianza son vivenciadas por mis interlocutoras como logros de las luchas por los derechos de las mujeres y de los propios posicionamientos políticos en lo privado de las mujeres entrevistadas.

En otras palabras, algunas —a fuerza de un arduo trabajo de convencimiento— logran que la pareja se haga cargo de la cría mientras ellas realizan diversas tareas. Otras no tienen que convencerlos siempre o tan arduamente; pero sí es recurrente que sean las mujeres quienes se encarguen de la negociación de los tiempos y las tareas de cuidado.

El amor y la culpa en las experiencias de las mujeres entrevistadas funcionan tal y como plantea Sara Ahmed: como timones para la acción social. No sólo involucran a mis interlocutoras como individuos, sino a su red familiar y social más amplia.

Lo anterior no quiere decir que la participación de los hombres (ya sean las parejas o los padres y suegros) sea nula. Sin embargo, hay una tendencia bastante marcada de cómo se asume que la tarea de los hombres consiste en ayudar: “hacer el paro”, “ponerse la pila”, “ser solidario”, mas no hacerse cargo de la organización y suministro de los cuidados de los menores; entre ellos, ocuparse de la alimentación.

Tampoco quiero decir que todas las interlocutoras vivan lo anterior con molestia o insatisfacción, aunque una parte de ellas claramente lo expresan y les gustaría que las cosas fueran de otra manera. Algunas (las menos) valoran el acompañamiento de sus parejas en esos términos y asumen que la “naturaleza es un poco injusta, pero al final es sabia”.

Esa idea llama la atención debido a que parece fortalecer un discurso sobre lo natural que reproduce y legitima un orden tradicional de género que prioriza la división del trabajo con base en lo que se consideran atributos esenciales de los hombres y las mujeres.

Las mujeres narran sus experiencias en torno a la lactancia con un gran interés en ser escuchadas. Es un dato relevante para el análisis. No sólo por ser parte de las conexiones entre mis interlocutoras y yo como investigadora, sino porque tienen mucho que decir para construir los conocimientos sobre un tema que ha sido poco estudiado en las ciencias sociales. Sus narrativas priorizan los detalles sobre cómo se encontraron con la cría en el parto o la cesárea. Cómo fue que comenzaron a construir el vínculo amoroso. Y cómo en este proceso la culpa ha moldeado la relación con su cría y con su propia experiencia vital.

Algunas de mis interlocutoras descubrieron situaciones durante la entrevista porque trataban de explicarme los procesos emocionales y materiales que experimentaron al poner el cuerpo en el encuentro cotidiano con sus crías. Me atrevo a pensar que algunas de ellas lograron matizar o cancelar el sentimiento de culpa por no haber amamantado, o pensar el vínculo amoroso y su relación con la leche de una manera sanadora al escucharse a sí mismas.

En este campo (como en muchos otros), las experiencias complejas de las mujeres han sido silenciadas y se han colocado en un plano de subordinación frente al poder médico, mercantil y de género. No se han considerado relevantes para responder preguntas clásicas de las ciencias sociales sobre cómo se transforman las sociedades y —más recientemente— cómo y por qué se mantienen las desigualdades de género en distintas dimensiones de la vida social.

Las experiencias constituyen a los sujetos. Profundizar en ellas permite conocer y explicar procesos sociales que ni siquiera han sido considerados como tales. La lactancia materna y sus implicaciones sociales —no sólo en la vida de las mujeres, sino de las sociedades en su conjunto— son un ejemplo de la vigencia de una de las ideas más poderosas del feminismo: “lo personal es político”, y como tal debe

ser considerado para explicar las desigualdades de género en las sociedades contemporáneas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, Sara (2015). *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Programa Universitario de Estudios de Género.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal VII Legislatura (2014). “Lanzan campaña de lactancia materna en DF ‘No le des la espalda, dale pecho’”. *Aldf*. 14 de mayo, última edición. Disponible en línea: <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-lanzan-campana-lactancia-materna-df-no-le-des-espalda-dale-pecho-17866.html> [Consulta: 29 de octubre, 2020].
- Bericat Alastuey, Eduardo (2000). “La sociología de la emoción y la emoción en la sociología”. *Papers. Revista de Sociología* 62 (octubre): 145-176.
- Boswell-Penc, Maia (2006). *Tainted Milk: Breastmilk, Feminisms, and the Politics of Environmental Degradation*. Albany: State University of New York Press.
- Descola, Philippe (2005). “Más allá de la naturaleza y de la cultura”. *Etnografías Contemporáneas*. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín (1)-Escuela de Humanidades.
- Descola, Phillipe, y Gísli Pálsson (2001). “Introducción”. En *Naturaleza y sociedad. Perspectivas antropológicas*, compilado por Phillipe Descola y Gísli Pálsson, 11-33. México: Siglo XXI.
- Dowling, Sally; Jennie Naidoo; y David Pontin (2012). “Breastfeeding in public: Women’s bodies, women’s milk”. En *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, dirigido por Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok, 249-258. New Brunswick, Nueva Jersey: Rutgers University Press.
- Elias, Norbert (1990). *La sociedad de los individuos*. Serie Historia, Ciencia, Sociedad, 293. Barcelona: Península.
- Gatens, Moira (2013). *Imaginary Bodies: Ethics, Power, and Corporeality*. Nueva York. Routledge.
- Gimeno, Beatriz (2011). “Estoy en contra de la lactancia materna”. *Pikara Online Magazine*, 4 de octubre, última edición. Disponible en línea: <https://www.pikaramagazine.com/2011/10/estoy-en-contra-de-la-lactancia-materna/> [Consulta: 29 de octubre, 2020].
- Gobierno de México-Instituto Nacional de Salud Pública (2014). *Lactancia materna en México*. Disponible en línea: <https://www.insp.mx/>

- avisos/3367-lactancia-materna-mexico.html [Consulta: 29 de octubre, 2020].
- Hannerz, Ulf (1996). *Conexiones transnacionales*. Madrid: Cátedra.
- Hurst, Carol Grace (2012). "Sexual or maternal breasts? A feminist view of the contested right to breastfeed publicly". En *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, dirigido por Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Lobbok, 259-268. New Brunswick, Nueva Jersey: Rutgers University Press.
- Ingold, Tim (2000). *The Perception of the Environment: Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. Londres: Routledge.
- Lauretis, Teresa de (1984). *Alice Does-n't: Feminism, Semiotics, Cinema*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lubold, Amanda Marie, y Louise Marie Roth (2012). "The impact of workplace practices on breastfeeding experiences and disparities among women". En *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, dirigido por Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Lobbok, 157-166. New Brunswick, Nueva Jersey: Rutgers University Press.
- Lucas, Jennifer C., y Deborah McCarter-Spaulding (2012). "Working out work: Race, employment, and public policy". En *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, dirigido por Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Lobbok, 144-156. New Brunswick, Nueva Jersey: Rutgers University Press.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Lactancia materna*. Disponible en línea: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/> [Consulta: 29 de octubre, 2020].
- Oropeza Abúndez, Carlos (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública/Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Disponible en línea: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> [Consulta: 29 de octubre, 2020].
- Peláez, Carolina (2016). "Un mar de vergüenza y asco. Experiencias laborales de limpiadoras de pescado". En *Emociones, afectos y sociología: diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*, compilado por Marina Ariza, 149-192. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.
- Redacción *Animal Político* (2014). "Datos oficiales sobre lactancia materna no reflejan la verdad: Ortiz de Pinedo". *Animal Político*, 20 de mayo, última edición. Disponible en línea: <https://www.animalpolitico.com/2014/05/datos-oficiales-sobre-lactancia-materna-reflejan-la-verdad-ortiz-de-pinedo/> [Consulta: 29 de octubre, 2020].
- Scott, Joan (2001). "Experiencia". *La Ventana* 2, núm. 13 (2001): 42-73.

- Scott, Joan (2008). *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Velho, Otávio (2001). “De Bateson a Ingold: Passos na constituição de um paradigma ecológico”. *Mana* 7, núm. 2 (octubre): 133-140.
- Wolf, Joan B. (2011). *Is Breast Best? Taking on the Breastfeeding Experts and the New High Stakes of Motherhood*. Nueva York/Londres: New York University Press.
- Wolfe, Linda de (1990). “What is an animal?” *American Anthropological Association* 92, núm. 1 (marzo): 230-230.





SEGUNDA PARTE  
Derechos sexuales y reproductivos



# La vacunación contra el virus de papiloma humano en México un ejemplo de medicalización

*Erika Pérez Domínguez*

## INTRODUCCIÓN

Para las mujeres, la transición de la niñez a la adolescencia es una etapa del ciclo vital cargada de ambigüedades: una especie de limbo en el que todavía se les considera “niñas”; sin embargo, ya son objeto de intervención médica, normas y regulaciones, políticas, discursos mediáticos, que van construyéndolas como sujetos sexuales.

En esa etapa —marcada biológica, social y culturalmente—, una de las inquietudes principales tanto en el ámbito privado y familiar como en el público e institucional es el inicio de la vida sexual. Dicho evento marca la transición a nuevas necesidades de salud (Gayet y Gutiérrez, 2014), en las que ocupan un lugar central tanto el riesgo de embarazarse como el de contraer infecciones de transmisión sexual.

Esta preocupación se refleja en políticas, discursos, mensajes de prevención, contenidos en los libros de texto, campañas de salud, y otros. Así como en regulaciones y mecanismos de control por parte de quienes se encargan de la educación y cuidado de las niñas-adolescentes. En suma, es un momento en el que se empiezan a articular una serie de discursos y prácticas de educación y atención, pero también de control sobre los cuerpos y sexualidad de las niñas.

De acuerdo con Foucault (1996), el control de la sociedad sobre los individuos no opera simplemente por medio de la conciencia o de la

ideología: se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. “Para las sociedades capitalistas lo importante es lo biológico, lo somático, lo corporal” (87). Una forma de ejercicio de este poder sobre los cuerpos y la población es la medicina; particularmente la epidemiología, que puede tener como efecto —entre otros— la medicalización de los sujetos.

“Medicalización” refiere al proceso por el que una condición no médica se define y trata como problema médico; entendido en términos de enfermedad, desorden o riesgo, y para el cual la industria farmacéutica o las políticas de salud pública ofrecen una solución mediante la intervención médica o la implementación de tecnologías dirigidas a los cuerpos.

El ejercicio de tal tipo de poder no se distribuye de manera igualitaria: hay sujetos sobre los que se ejerce con mayor contundencia que sobre otros. Por ejemplo, las y los niños, mujeres, personas en los márgenes de la sociedad, habitantes de la calle o consumidores de drogas ilícitas, entre otros.

Ejemplos de medicalización infantil son el trastorno por déficit de atención o la hiperactividad, condiciones que hasta hace poco no se consideraban un problema médico, pero que se construyeron como si lo fueran a la par de los desarrollos farmacológicos para tratarlos.

Históricamente, las mujeres han sido objeto de medicalización. Algunos ejemplos recientes son la disfunción sexual femenina, que se refiere a formas de deseo sexual que no coinciden con la expectativa social. O la hipertrofia de labios vaginales, que designa la asimetría en esa parte del cuerpo, lo que contraviene el ideal estético dominante. En términos estrictos, ninguna de estas condiciones supone un problema de salud; sin embargo, se han construido como si lo fueran. Al mismo tiempo, aparecen en el mercado soluciones a tales nuevos problemas médicos; por ejemplo, fármacos como el viagra femenino o intervenciones quirúrgicas como la labioplastia.

Algunas autoras (Polzer y Knabe, 2012; Vardeman-Winter, 2011) han propuesto entender la vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH) como una expresión de medicalización; es decir, como un proceso mediante el cual se construye el cuerpo y la sexualidad

femenina adolescente como en riesgo, potencialmente enferma y necesitada de control.

En dicho proceso intervienen diferentes agentes e intereses: desde empresas farmacéuticas, laboratorios científicos, gobiernos, funcionarios, medios de comunicación; incluso médicos y enfermeras, articulados en torno a la preocupación por el inicio de la vida sexual de las adolescentes y la posibilidad de que se contagien de un virus.

En el presente texto propongo analizar algunos discursos en torno a la vacunación contra el virus de papiloma humano en México y mostrar cómo —desde diferentes posiciones de autoridad— construyen una idea de *sexualidad femenina* adolescente en riesgo y potencialmente enferma, al igual que reproducen estereotipos de género e ideas moralizantes en torno a la salud y sexualidad femenina. Todo ello contraviene los derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes.

Pese a la fuerza con la que opera este proceso, hay algunas expresiones organizadas de crítica y resistencia frente a la medicalización. Expondré un ejemplo.

#### EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EL CÁNCER CERVICOUTERINO Y LA VACUNA

El cáncer cervicouterino (cacu) es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres a nivel mundial y nacional; en México, es la causa de muerte de aproximadamente 4 000 mujeres al año (Gobierno de México-Secretaría de Salud-Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, 2017). El virus de papiloma humano se ha identificado como causa necesaria para el desarrollo del cáncer cervicouterino, mas no suficiente: no todas las personas que contraen el virus desarrollan cáncer.

Se calcula que —en el transcurso de su vida— 80% de mujeres y 90% de hombres sexualmente activos se infectarán con algún tipo de virus de papiloma humano (Chesson, Dunne, Hariri y Markowitz, 2014). Además, se estima que en 90% de los casos la infección es asin-

tomática y desaparece espontáneamente, gracias al propio sistema inmunitario (Harper, 2009).

De los 150 tipos de virus de papiloma humano hasta ahora identificados, aproximadamente 40 son transmitidos por vía sexual; de éstos, los del tipo 16 y 18 se han relacionado de manera específica con el cáncer cervicouterino.

Hasta hace diez años, el gobierno mexicano promovía la prevención del cáncer cervicouterino mediante el uso del condón y la detección temprana con la prueba del Papanicolaou (también conocida como “Pap”). Debido a que la progresión de esta enfermedad es lenta, si se llevan a cabo con cierta frecuencia dichas pruebas citológicas, resulta posible detectar a tiempo cuándo aparece una lesión y tratarla antes de que derive en cáncer. Además, el Papanicolaou es una prueba de bajo costo, no invasiva y con eficacia probada para prevenir y detectar a tiempo lesiones precancerígenas.

Sin embargo, la estrategia de prevención cambió cuando entre 2006 y 2008 fue aprobada en México y en otros países, la comercialización de dos vacunas contra el virus de papiloma humano: Gardasil y Cervarix. La primera (desarrollada por el laboratorio Merck & Co.) protege contra los tipos 16 y 18, asociados con 70% de los casos de cáncer cervicouterino, así como contra los tipos 6 y 11, relacionados con 90% de los casos de verrugas genitales. La segunda, Cervarix, del laboratorio GlaxoSmithKline, protege únicamente contra los tipos 16 y 18.

En 2012 se incluyeron dentro del esquema nacional de vacunación y pasaron a formar parte de la estrategia gubernamental de prevención del cáncer cervicouterino. Ambas vacunas garantizan su efectividad únicamente si son aplicadas antes de que la persona sea expuesta al virus; es decir, antes del inicio de la vida sexual. Por eso se dirigen a niñas. En México se vacuna, previo consentimiento parental, a todas las niñas de 5º grado de primaria o de 11 años no escolarizadas.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Las farmacéuticas recomiendan también vacunar a los varones; sin embargo, el grueso de la investigación disponible, así como las campañas y planes de vacunación, se dirigen a la

En el proceso de introducción al mercado y su posterior inclusión en los programas de salud de varios países, intervinieron diferentes agentes y se desplegaron múltiples discursos. Aquí propongo analizar este entramado discursivo, articulado en torno a la vacunación contra el virus de papiloma humano como un ejemplo de medicalización.

#### LA MEDICALIZACIÓN REFORMULADA

El concepto *medicalización* se ha ido construyendo a partir de los planteamientos de autores como Michel Foucault (1996), Lupton (1997) o Conrad (2007). En términos generales, refiere a “un proceso por el que un problema no médico llega a ser definido y tratado como un problema médico, usualmente definido en términos de enfermedad o desorden” (Conrad, *Op. cit.*: 4).

Para Foucault (*Op. cit.*), la medicalización es una forma de poder que surge a finales del siglo XVIII en el marco de la reconfiguración de las relaciones familiares, las consignas higiénicas y morales, así como los principios de salud fundados en la necesidad de vigilar el cuerpo indócil. En este contexto, la racionalidad médica empieza a irrumpir en ámbitos no estrictamente médicos, como la familia, la sexualidad o el cuidado del cuerpo infantil, por ejemplo.

El autor da cuenta del proceso histórico por el cual la salud va convirtiéndose cada vez más en un asunto de gestión estatal de recursos y control social. La racionalidad médica se expande y no sólo se ocupa de la enfermedad, sino de la economía, de proveer sujetos sanos y útiles para el trabajo, vinculando la salud pública con el capital.

La salud, convertida en objeto de consumo que puede ser fabricada por algunos laboratorios farmacéuticos, por los médicos, etc., y consumida por otros —los enfermos posibles y reales—, adquiere una importancia económica y se introduce en el mercado (Foucault, 1999: 357).

---

población femenina. En la Ciudad de México se llevó a cabo una prueba piloto en 2015 en la que se vacunó a 40 000 niños de escuelas públicas.

Para Foucault, la medicalización constituye una expresión del cambio del poder soberano al biopoder, cuyo objeto es la gestión de la vida, y que resulta característico de las sociedades capitalistas.<sup>2</sup>

Por su parte, Lupton (1997) destaca que este proceso mediante el cual la industria médica toma jurisdicción sobre aspectos no médicos de la sociedad no es homogéneo. En él tiene lugar una continua negociación de poder entre los actores, y adquiere sus propias características según el contexto, el género, la edad. . .

En otras palabras: la medicalización no es un ejercicio unidireccional de una autoridad médica hacia los sujetos, sino un proceso en el que se involucran múltiples relaciones con diferentes niveles de autoridad y desde diferentes lugares.

Tomando esas ideas como punto de partida, y desde enfoques feministas, algunas autoras analizaron la vacunación contra el virus de papiloma humano como una forma de medicalización y reformularon el concepto. Vardeman-Winter (2011) analiza la campaña de Gardasil y su efecto medicalizante sobre la sexualidad femenina adolescente.

La autora señala que si bien el concepto *medicalización* ayuda a comprender cómo la medicina impacta sobre las vidas de algunos sujetos, deja fuera una serie de factores que dan a la medicina contemporánea su carácter distintivo: las complejas intersecciones entre ciencia, tecnologías y cuerpos. Propone hablar de *biomedicalización* para dar cuenta de cómo los cuerpos reconstituyen y perpetúan esas relaciones intrincadas entre biología, medicina, cuerpo y cultura en la vida cotidiana.

Giarni y Perrey (2012) retoman este concepto y lo amplían, definiéndolo como un proceso por el cual el poder médico no sólo se expande hacia ámbitos no médicos en el que se involucran tecnologías para

<sup>2</sup> De acuerdo con Foucault, en las sociedades capitalistas el Estado ya no es el único agente que regula los cuerpos y las poblaciones. La biopolítica es una forma de gobierno, en el sentido de "llevar a comportarse", de "conducir conductas"; no necesariamente un enfrentamiento entre adversarios. El ejercicio del biopoder no se da desde un agente plenamente identificable (como el Estado o la institución médica), sino que se ejerce en forma de red, atravesando y constituyendo a los sujetos.



tratarlo, sino que se sostiene en un discurso en torno al riesgo. La biomedicalización —con sus tecnologías y discursos— se enfoca no sobre una enfermedad o condición presente sino en el riesgo de un posible daño futuro. Previendo un daño futuro, la vida cotidiana se biomedicaliza.

Los autores consideran este proceso de biomedicalización de la sexualidad como un tipo de prevención que denominan “disciplinaria”, basada en la modificación de los comportamientos sexuales así como en los significados sociales y simbólicos que se le atribuyen. De tal modo, la biomedicalización de la sexualidad construye sujetos cuyas prácticas sexuales y preventivas están atravesadas por la tecnología, el discurso del riesgo y la enfermedad, lo que impacta en sus comportamientos hacia la sexualidad y la salud en general.

Se construyen nuevos significados y comportamientos sexuales en función de un horizonte de posible daño futuro. A la par de estos discursos y prácticas, se desarrolla un mercado del riesgo que ofrece fármacos y tecnologías para gestionarlos.

Por su parte, Polzer y Knabe (2012) analizan los discursos en torno a la vacunación contra el virus de papiloma humano y encuentran que ellos ubican el inicio de la vida sexual adolescente femenina como base de su patologización. Construyen el inicio de la vida sexual como un momento riesgoso, potencialmente dañino a futuro: como un evento que debe ser médicamente mediado.

Para dar cuenta de dicho proceso, hablan de “neomedicalización”, similar a la biomedicalización en el sentido de que incluye la tecnología y el discurso del riesgo; pero señala de manera crítica que este proceso se enmarca en un contexto de políticas neoliberales en torno a la salud pública y en particular a la salud de las mujeres.

La neomedicalización hace énfasis en la participación de las empresas farmacéuticas en la construcción del discurso del riesgo que se utiliza para desarrollar y comerciar nuevos fármacos y tecnologías que se ofrecen a los sujetos para que gestionen dichos riesgos. Este proceso es un intento neoliberal de transformar la salud como bien público en una mercancía y fuente de ganancias económicas.

Las autoras señalan dos consecuencias de tal proceso de neomedicalización. Una tiene que ver con que al construir la salud como un asunto de responsabilidad individual, como una elección de consumo y no como un bien público, las causas de la enfermedad se despolitizan y simplifican. Se oscurece una serie de determinantes sociales, económicas, que producen una distribución desigual de la enfermedad y el sufrimiento.

Otra consecuencia de la neomedicalización consiste en que se impone una dimensión moral a la responsabilidad individual por la salud. Es decir: la elección de someterse o no a vacunaciones, intervenciones quirúrgicas o tratamientos con fármacos se vuelve un asunto moral que se atribuye con más fuerza sobre las mujeres, a quienes socialmente se les adjudica la responsabilidad de la salud sexual en una pareja o de la salud y cuidado de sus familias.

Polzer y Knabe (*Op. cit.*) consideran la vacunación contra el virus de papiloma humano como ejemplo de neomedicalización en el que se construye el inicio de la vida sexual de las adolescentes como un evento riesgoso, necesitado de mediación e intervención médica: una decisión que corresponde al cuidado de las madres como moralmente responsables por la salud y sexualidad de sus hijas.

Finalmente, Mamo y Epstein (2014) utilizan el concepto *pharmaceuticalization* [farmaceuticalización] para dar cuenta del proceso por el cual algunos comportamientos sociales o condiciones corporales son definidos en términos médicos, y se juzga que requieren tratamiento farmacológico. A diferencia de los conceptos anteriores, la farmaceuticalización hace énfasis en los agentes que intervienen en este proceso: instituciones de salud, públicas y privadas, la industria farmacéutica, organizaciones no gubernamentales —entre otros— que en conjunto transforman el derecho a la salud en derecho al tratamiento farmacológico.

En tal sentido, hablan de una farmaceuticalización de la salud pública para denominar el proceso específico de construcción de un problema de salud pública y de una necesidad de tratamiento específicamente farmacológico. Esto tiene como consecuencia que —en el

caso de la vacuna contra el virus de papiloma humano, por ejemplo— se pase de un tratamiento menos costoso y más efectivo como es la revisión cervical (Papanicolaou), a una medida como la vacunación, que tiene menor eficacia y mayor costo.

Esos planteamientos parten de la formulación foucaultiana sobre medicalización, pero la amplían para dar cuenta del contexto contemporáneo complejo y cambiante en el que tienen lugar medidas de salud pública como la vacunación contra el virus de papiloma humano. Retomando algunas de dichas ideas, propongo entender la medicalización como un proceso mediante el cual una condición no médica se construye como un problema médico en el que intervienen diferentes actores: la industria farmacéutica, los gobiernos, los medios de comunicación, los agentes médicos, al igual que la población en general.

La medicalización necesita del discurso del riesgo para sostenerse; construye la salud como una decisión individual de gestionar los riesgos de un posible daño futuro y para tal propósito despliega un mercado con opciones farmacológicas y tecnológicas. Este proceso se enmarca en un contexto de políticas neoliberales de salud.

De tal manera, los pacientes son entendidos cada vez más como clientes, y la responsabilidad de la prevención, enfermedad, tratamiento, corresponde a los individuos; ello oscurece el entramado de desigualdades y condiciones sociales en el cual se hallan insertos y que producen tanto el riesgo como la enfermedad. Además de imponer una valoración moral a las decisiones en torno a la salud.

Por otra parte, tal proceso no escapa al sesgo sexista de la medicina, sino que lo reproduce. Como han señalado las posturas feministas, esta disciplina se ha desarrollado históricamente bajo supuestos que reproducen y naturalizan la desigualdad de género. De acuerdo con Castro y Bronfman (1993), la perspectiva médica suele considerar a la mujer como más frágil que al hombre; más predispuesta a enfermar, por lo que resulta más fácil diagnosticarlas como enfermas que a los hombres.

Por su parte, Valls-Llobet (2009) señala que, si bien las mujeres son más medicalizadas, sus padecimientos son menos investigados y frecuentemente los síntomas que presentan se diagnostican como “psicológicos”.

A partir de esas ideas, en lo que sigue intentaré mostrar cómo la vacunación contra el virus de papiloma humano puede entenderse como un proceso de medicalización.

#### LA VACUNA, EL CONFLICTO DE INTERÉS Y SU EFECTIVIDAD

Entre 2006 y 2008 se aprobaron las vacunas contra el virus de papiloma humano Gardasil y Cervarix para su comercialización en varios países, entre ellos México. Los ensayos clínicos que se utilizaron como evidencia para autorizar su comercialización y posterior inclusión en los esquemas nacionales de vacunación, fueron financiados por las mismas empresas que producen y comercializan la vacuna, además de involucrar en las investigaciones a personas vinculadas con los gobiernos.

Tal conflicto de interés ha sido señalado por múltiples especialistas e investigaciones (Laurell, 2009; Jørgensen, Gøtzsche y Jefferson, 2018). Incluso en la misma publicación de los estudios aparecen los nombres de quienes formaron parte de la investigación y se expresa claramente que recibieron un pago por parte de la empresa farmacéutica.

Un ejemplo: en los estudios “Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Diseases” (Future II Study Group, 2007a) y “Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent High-Grade Cervical Lesions” (Future II Study Group, 2007b), financiados por Merck & Co., participó quien en 2009 fue subsecretario de promoción y prevención de la salud en México.

La relación entre las empresas farmacéuticas y funcionarios públicos fue estudiada por Piñeros, Cortés, Trujillo y Wiesner (2009) para el caso de Colombia. Las autoras hacen una investigación cualitativa en cuatro regiones colombianas y dan cuenta del entramado

de relaciones políticas que involucra la vacunación contra el virus de papiloma humano. Señalan que

[...] casi todos los tomadores de decisiones entrevistados, especialmente aquellos con las posiciones más altas, en algún momento habían sido contactados directamente, ya sea por los representantes de las empresas farmacéuticas, o por los políticos locales o sus cónyuges, quienes expresaron un fuerte e inusual interés en el cáncer de cuello uterino y la vacuna contra el VPH [*virus de papiloma humano*] (905).

Casi inmediatamente después de su aprobación, las vacunas empezaron a aplicarse como pruebas piloto a adolescentes de 12 a 16 años en 125 comunidades mexicanas que mostraban bajo índice de desarrollo humano (Gobierno de México, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, 2017), previendo su incorporación futura al esquema nacional de vacunación. La premura con la que se llevó a cabo este proceso, así como el hecho de que sea la vacuna más cara en la historia de la medicina,<sup>3</sup> puede ser una muestra de cómo —cada vez más— la lógica del mercado y no necesariamente el bien común, orienta algunas prácticas de salud pública.

Una de las críticas más importantes a la vacuna tiene que ver con su efectividad, pues no hay resultados concluyentes en las investigaciones con respecto al tiempo de protección que ofrece. Se calcula que —siguiendo el esquema recomendado de vacunación— puede proteger en 70% durante aproximadamente siete años. Si las niñas son vacunadas a los 11 años, la protección terminaría a los 18, cuando todavía tengan mucha vida sexual por delante.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> En el mercado cuesta entre 2 000 y 3 000 pesos por dosis. El gobierno mexicano paga por cada dosis 164.81 pesos, mientras que la vacuna contra la influenza le cuesta 56 pesos; la que protege de la hepatitis B, 21 pesos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2018).

<sup>4</sup> México inició la vacunación contra el virus de papiloma humano siguiendo un esquema que contravenía las recomendaciones de los laboratorios farmacéuticos. Mientras éstos disponían de un esquema de tres dosis distribuidas en ocho meses (una inicial; otra a los dos meses; y la última, a los seis meses de la segunda), la Secretaría de Salud siguió un esquema

Al respecto, Harper, médica que formó parte del equipo de investigación en el desarrollo de Gardasil, señala que:

[...] puesto que el 90% de las infecciones por VPH [virus de papiloma humano] desaparecen espontáneamente, el desarrollo de los precursores del cáncer es lento, y la progresión de los precursores del cáncer hacia el cáncer invasivo es lenta, la eficacia de la vacunación debe durar al menos 15 años. Cualquier duración menor de la eficacia pospone, mas no previene, el CaCu [*cáncer cervicouterino*] (2009: 459).

En el mismo sentido, Laurell (2008), investigadora sobre salud en México, afirma:

[...] no tiene justificación aplicar una vacuna a decenas de miles o millones de mujeres durante su niñez o adolescencia, cuyos posibles efectos adversos son desconocidos, y cuyo efecto protector no está comprobado, particularmente cuando el CaCu [*cáncer cervicouterino*] es curable.

Más recientemente, algunos especialistas han empezado a señalar que, para determinar la efectividad de la vacuna sobre la incidencia del cáncer cervicouterino, deberán pasar entre 10 y 30 años de su aplicación masiva (Higareda, 2018).

A pesar de estos señalamientos, en 2012 la vacuna contra el virus de papiloma humano se incorporó al esquema nacional de vacunación. En el proceso de implementación de dicha medida intervienen diversos actores y se despliegan múltiples discursos. A continuación, analizaré algunos de ellos.

---

“de plazo ampliado”. Éste consistía en la aplicación de una primera dosis; a los seis meses, otra; y la tercera, 60 meses (cinco años) después. Frente a esto, las compañías farmacéuticas argumentaron que, al aplicar el esquema ampliado, no podían garantizar un buen resultado de las vacunas, pues no había sido así como habían desarrollado los estudios de eficacia de sus fármacos. En 2014, el esquema contemplaba sólo dos dosis con un intervalo de seis meses entre ellas (Gobierno de México, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2017).

LOS DISCURSOS EN TORNO A LA VACUNACIÓN  
GOBIERNO, MÉDICOS, ENFERMERAS  
Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El lenguaje es siempre socio-ideológico: no es neutral; por medio de él nos posicionamos y construimos los sentidos que orientan nuestras acciones. En cada enunciado —nos dice Bajtín, 1991— se expresa un diálogo con el mundo social, pues involucra categorías sociales, del contexto, normativas. . . Al estar socialmente construido, el discurso: lo que se dice, la manera como se dice, así como lo que se calla, expresa mucho más de lo estrictamente enunciado.

Es la primera vez que vamos a poner una vacuna contra el cáncer de manera masiva [...]. Si queremos evitar que nuestras hijas tengan cáncer cervicouterino, es el momento de vacunarlas contra el Virus del Papiloma Humano [...] la hija de la familia más pobre del país [...] a partir de hoy, recibirá la vacuna contra el VPH [*virus de papiloma humano*] y tendrá la misma oportunidad de librarse de un cáncer mortífero (Calderón Hinojosa, 2012).

En su discurso, reproduce la idea errónea de que la vacuna es contra el cáncer; no dice que únicamente protege contra algunos tipos de virus de papiloma humano y que la mayoría de las infecciones se curan espontáneamente. Asimismo, llama la atención que omita por completo hacer referencia a que el virus se transmite sexualmente. Su discurso se construye a partir de lo que dice y de lo que calla; en él establece una relación directa entre el virus, el cáncer y la muerte, y presenta la vacuna como la solución a este problema.

Además, al omitir referirse a la sexualidad, está ejerciendo un mecanismo de control sobre el discurso y revelando que es un tema tabú. Todo lo anterior vulnera el derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad que se establece en la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2016).

Los manuales y lineamientos de vacunación publicados por el Gobierno de México, la Secretaría de Salud, y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (2017), establecen claramente que la vacuna no protege contra el cáncer sino contra algunas cepas de virus de papiloma humano que pueden derivar en lesiones cancerígenas, y que las pruebas citológicas siguen siendo indispensables para prevenir el cáncer cervicouterino. No obstante, la idea según la cual la vacuna protege contra el cáncer es reproducida por varios actores involucrados en la vacunación.

En 2015 entrevisté al director de servicios de atención primaria a la salud de la Secretaría de Salud de Michoacán. Al indagar sobre la importancia de la vacunación contra el virus de papiloma humano, el epidemiólogo afirmó:

Es de gran trascendencia, porque evitamos que estas niñas cuando crezcan puedan morir de cáncer. Si no lo hacemos ¿qué pasa? Por ejemplo, si yo me muero, pues mis hijos van a estar tristes; pero si mi esposa muere, la familia se desintegra. Las mamás son las encargadas de mantener a todos juntos, evitar que los niños se desbalaguen y caigan en drogas o cosas así (Dr. M., entrevista personal, julio de 2015).

El médico reproduce la idea errónea de que la vacuna evita el cáncer y la muerte. Así como una idea normativa sobre los roles de género, entendiendo a las niñas como futuras mujeres y —por lo tanto— madres, responsables de la unión familiar. Justifica la medida de salud pública apelando a los roles y estereotipos de género, lo cual vulnera el derecho a la igualdad y a una vida libre de discriminación (Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Op. cit.*).

Por otra parte, las y los enfermeros son quienes participan directamente en las campañas de vacunación, van a las escuelas o casa por casa ofreciendo la vacuna e informando a las niñas y sus familiares. Jessica, enfermera de 23 años quien participó en la semana nacional



de vacunación en algunas colonias populares de Morelia, narra cómo fueron los encuentros con las niñas y sus familiares.

Algunas mamás no querían vacunarlas, por miedo. Además, acababa de pasar lo de los niños de Chiapas<sup>5</sup> y había miedo; pero les explicamos bien para qué sirve y todo, y que no deben tener miedo, que es para que a sus hijas no les dé cáncer [...]. Nos dimos cuenta de que cuando la aceptan rápidamente es cuando les decimos que en una [clínica] privada les va a costar tres mil pesos. Ahí sí: luego, luego dicen sí. “Póngasela” (Jessica, entrevista personal, agosto de 2015).

Vemos aquí cómo Jessica y sus compañeras también reproducen la idea errónea de que la vacuna es contra el cáncer. Además, en un contexto económicamente limitado, convencen a las madres de las niñas apelando a la gratuidad de la vacuna. Es decir: la decisión de vacunar a las niñas y jóvenes no resulta libre, autónoma ni informada.

Los médicos y enfermeras/os son una de las figuras centrales en la vacunación contra el virus de papiloma humano. Son la voz socialmente autorizada y legitimada en lo referente al cuerpo y la salud, así como el vínculo directo entre la institución gubernamental y la población. Su discurso suele presentarse con un carácter de cientificidad, objetividad y neutralidad.

Sin embargo —como han señalado algunos autores—, a partir del uso del lenguaje de la salud pública, el discurso médico impone una visión de moralidad, género y orden social sobre quienes reciben sus servicios (Erviti, Castro y Sosa, 2006; Menéndez, 1997).

Los medios de comunicación también forman parte del proceso de medicalización y su consecuente vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Son un agente central en la construcción y difusión del discurso del riesgo, de las opciones farmacológicas que ofrece el mercado, así como de las ideas y valoraciones morales en torno a la

<sup>5</sup> En mayo de 2015, dos bebés de Simojovel, Chiapas, murieron luego de recibir vacunas infectadas. 29 bebés más requirieron hospitalización (Chouza, 2015).

sexualidad y la salud. Un ejemplo de discurso mediático es un episodio dedicado a la vacunación contra el virus de papiloma humano del programa televisivo *La Rosa de Guadalupe*.

La serie es producida por Televisa y se transmite desde 2008 en televisión abierta de lunes a viernes. Cada episodio dura aproximadamente 40 minutos y gira en torno a algún tema del contexto mexicano contemporáneo; por ejemplo, el narcotráfico, el secuestro, el *bullying*, el uso de drogas. . .

La estructura narrativa siempre es la misma: una vez que se presentan los personajes y el conflicto, éste se resuelve gracias a la intervención de la Virgen de Guadalupe. Cada episodio cierra con una moraleja que establece las enseñanzas y la manera correcta de actuar en el tipo de situaciones reflejadas en el programa.

El 29 de octubre de 2012, unas semanas después de que se anunciara la vacunación universal contra el virus de papiloma humano en México, se transmitió el episodio “Aprender a escuchar” de *La Rosa de Guadalupe*. Si bien este programa se caracteriza por retomar acontecimientos de la vida pública nacional, que se dedique un capítulo a la vacunación recuerda a las telenovelas impulsadas por la Comisión Nacional de Población (Conapo) en los años setenta y ochenta para promover la educación sexual.<sup>6</sup> Igual que aquellas emisiones, el capítulo referido tiene un tono pedagógico y aleccionador.

De manera sintética, la historia presenta el conflicto de Elena, una joven que quiere tener novio y vacunarse contra el virus de papiloma humano; pero su madre y su abuela se niegan a darle permiso. En contraste, Samantha, amiga de Elena, sí recibe apoyo de su madre y abuela para vacunarse. Elena invoca a la Virgen de Guadalupe para que su madre y abuela cambien de opinión; finalmente se le concede

<sup>6</sup> “Como parte de una estrategia de comunicación del Programa Nacional de Planificación Familiar, se produjeron en Televisa las telenovelas *Ven conmigo*, *Acompáñame* y *Vamos juntos*, que—basadas en estudios rigurosos de las necesidades de las audiencias—buscaron modificar comportamientos y actitudes de la población en torno al tamaño de la familia y los ideales reproductivos” (Gobierno de la República, 2015).

el milagro. En este episodio confluyen una serie de discursos en torno a la vacunación:

- a) *El discurso médico*, en voz del personaje de una enfermera. A pesar de su tono neutral y científicista, omite señalar que la mayoría de los contagios por virus de papiloma humano se curan sin intervención médica y que la vacuna no protege contra todos los tipos de virus.

El virus de papiloma humano es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes, altamente contagioso y de muy difícil tratamiento. Está asociado entre otras enfermedades con el cáncer cervicouterino. Anteriormente la única manera de evitar el contagio era con la abstinencia, pero hoy en día, existe una vacuna que puede prevenir esta enfermedad, es por eso que la vamos a empezar a aplicar en la escuela.

- b) *El discurso conservador*, representado por la abuela y la madre de Elena. Se presenta como exagerado y retrógrada; incluso es ridiculizado, por ejemplo, cuando la abuela sufre un infarto porque Elena quiere vacunarse.

Tú no necesitas de esa vacuna que sólo es para fomentar el libertinaje. Con que seas decente y tengas una buena moral, es más que suficiente [...]. Si dejo que te pongan esa vacuna, es como darte autorización para que tengas intimidad con algún muchacho.

- c) *El discurso progresista*, en voz de la madre y abuela de Samantha. Aquí la preocupación por la salud se vincula con la responsabilidad y el amor romántico monógamo y heterosexual.

Es una maravilla que les vayan a poner esa vacuna. Vas a estar protegida. Sirve para prevenir el cáncer cervicouterino que muchas veces es provocado por el virus de papiloma humano que se contagia por tener

intimidad con alguien infectado. Y cuando se es adulto, es natural que se quiera tener intimidad con responsabilidad con el hombre que amas.

Estos tres discursos que frente a la vacunación se presentan en conflicto, vistos en conjunto constituyen un discurso unificado, normativo y moralizante con respecto a la sexualidad. De acuerdo con Foucault (2013), no hay una división binaria entre lo que se dice y lo que se calla; por ello es necesario dar cuenta de las diferentes maneras de callar; cómo se distribuyen quienes pueden hablar y quienes no pueden hacerlo; qué tipo de discurso está autorizado o qué modo de discreción es requerida para unos y para otros.

Por otro lado, históricamente la sexualidad ha sido un terreno de disputa discursiva en el que la discreción, la cortesía, la corrección, la decencia, han funcionado como mecanismos de control sobre el discurso.

Una forma de control discursivo es lo que se ha denominado *taboo deformation*: proceso lingüístico en el que una palabra considerada tabú y por tanto inapropiado proferirla, se dice de otra manera (Myer, 2014). A lo largo del episodio de *La Rosa de Guadalupe*, podemos ver ejemplos de este proceso en las referencias al ejercicio de la sexualidad. Nunca se dice “tener sexo”, o “tener relaciones sexuales”; en cambio aparecen las expresiones como “tener intimidad”, “meterse con alguien”, “ser de un hombre”, “entregarse”, “tener relaciones”.

Tales expresiones no resultan neutrales: son modos de callar, cargadas de un sentido particular, que refieren a una ideología y una manera de concebir tanto la sexualidad como las relaciones. Imponen una idea normativa que valora positivamente las relaciones heterosexuales, con un solo hombre, con amor y que reproduzcan los roles tradicionales de género. He aquí algunos ejemplos:

Es lógico querer tener intimidad. Tener relaciones con un hombre no se debe tomar a la ligera; pero si hay amor y decides entregarte, sólo te pido que lo hagan con responsabilidad y te cuides (Samanta a Elena).

No te quiero presionar. Si tú crees que debes entregarte a un hombre sólo cuando sea tu esposo, yo lo respeto (novio a Elena).

Qué bueno que Julián ya es tu novio. Lo tienes que traer a la casa. Le voy a preparar una comida muy rica para que vea que cuando tú aprendas a cocinar, lo vas a hacer muy bien y no lo vas a empachar (Abuela a Samanta).

Hay enfermedades de las que nos podemos contagiar en un acto tan bello como es entregarse por amor (Moraleja).

En estos fragmentos de diálogos, es posible ver cómo las expresiones con las que se refieren a la sexualidad y a las relaciones entre hombres y mujeres van cargadas de un sentido normativo y moralizante. “Entregarse” —por ejemplo— reproduce la idea de que las mujeres se entregan (como si fueran un objeto) a un hombre que las recibe/posee. El acto de entregarse sólo es válido en un marco heteronormativo y romántico con un solo hombre. Cualquier expresión distinta se considera “andar de loca”, “de cama en cama”, “meterse con cualquiera”.

Por lo tanto, se impone la idea de que una sexualidad responsable y saludable es la que se ejerce con amor y con un solo hombre, mientras que las que no se ajusten a ese marco se asocian con la irresponsabilidad y por lo tanto con la enfermedad.

Finalmente, el elemento que unifica toda la narrativa es la presencia de la Virgen de Guadalupe, que tiene una carga moral e ideológica fuerte: es madre (pero es virgen), pura, protectora, tiene elementos que refieren a la tierra, al pasado prehispánico; además es morena y es “la madre de todos los mexicanos”. En cada capítulo se replica el mito de su aparición al indio Juan Diego, en el que las rosas son la señal del milagro.

En *La Rosa de Guadalupe* usan la fuerza de este símbolo que unifica a las audiencias, independientemente de su religión, pues la virgen de Guadalupe trasciende las identidades religiosas y se erige como símbolo nacional, más que religioso.

Apelar a dicho símbolo confiere a los discursos en torno a la vacunación y la sexualidad, fuerza y eficacia en la articulación y circulación de su mensaje. Por otra parte, difunden información sobre salud sexual desde una perspectiva religiosa, no laica, lo cual viola nuevamente los derechos sexuales de las jóvenes.

Hasta aquí he querido mostrar cómo la vacunación contra el virus de papiloma humano se ajusta al proceso que diferentes autoras han definido como “medicalización”. En torno a esta medida se han articulado actores y discursos, que desde diferentes posiciones contribuyen a construir un discurso unificado.

Dicho discurso establece un vínculo directo entre el ejercicio de la sexualidad, el virus de papiloma humano, el cáncer y la muerte. No da cuenta de las especificidades del virus: la infección, la progresión de la enfermedad; ello fortalece la idea de que las adolescentes —al iniciar su vida sexual— están expuestas al cáncer.

Asimismo, se refuerza el discurso y el mercado del riesgo. Vemos cómo este mercado tiende hacia lo que Mamo y Epstein (2014) denominan “farmaceuticalización”, una inclinación hacia medidas farmacológicas como la vacuna (más costosas y menos efectivas, pero consistentes con el discurso del riesgo) frente a otras menos costosas y más efectivas como el Papanicolaou.

Por otra parte, en este discurso se reproducen estereotipos de género e ideas moralizantes en torno a la sexualidad femenina. Se concibe a las niñas como futuras mujeres y por lo tanto como madres, cuidadoras y responsables de la familia.

La sexualidad —a pesar de ser el objeto central de este entramado de prácticas y discursos— se trata como tabú. Es decir, se evita nombrarla o bien se denomina de otras maneras. Se establece una forma de sexualidad femenina legítima: la heterosexual, monógama y en el marco de una relación de amor.

De tal manera —sin hacerlo explícito—, se definen también las sexualidades no legítimas. Vemos, pues, cómo desde los medios de comunicación y los discursos médicos se construyen marcos de sentido para las experiencias sexuales juveniles, el relacionarlas con

el riesgo, la enfermedad y la moral religiosa, más que con el placer, la exploración o el conocimiento. Todo lo anterior viola el derecho de las jóvenes a información veraz, laica y libre de discriminación.

#### EXPRESIONES DE RESISTENCIA AL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN

De acuerdo con Lupton (1997), la medicalización no es un proceso homogéneo ni un ejercicio vertical de imposición de las autoridades médicas y farmacéuticas sobre los sujetos, sino una constante negociación de poder entre los actores involucrados. Destaca así la posibilidad de resistencias o formas de subversión de las relaciones, prácticas, discursos, significados que se construyen en el proceso de medicalización.

Sin embargo, es innegable que hay una enorme desigualdad entre la posición que ocupan —por ejemplo— las farmacéuticas frente a las niñas vacunadas y sus familiares. La posibilidad de negociar, subvertir o resistir a la medicalización se matiza en función del lugar que ocupan los diferentes actores en este entramado político. Una de las expresiones de resistencia a la medicalización son las organizaciones de afectadas por la vacuna.<sup>7</sup>

Desde su implementación, comenzaron a surgir en varios países historias de niñas que luego de ser vacunadas contra el virus de papiloma humano, presentaban los mismos síntomas: mareos, dolores de cabeza, desmayos, entumecimientos, pérdida de la fuerza corporal, movimientos corporales involuntarios, parálisis, incluso muertes.<sup>8</sup> Tales experiencias han sido reiteradamente demeritadas por las instituciones de salud, gobiernos y farmacéuticas, quienes señalan

<sup>7</sup> Hay asociaciones de afectadas por la vacuna contra el virus de papiloma humano en México, Colombia, España, Japón, Dinamarca, Reino Unido e Irlanda.

<sup>8</sup> En el Vaccine Adverse Reporting System (mecanismo para dar seguimiento a la seguridad de las vacunas), hasta septiembre de 2018 se habían reportado 3 882 casos de muertes por la administración de la vacuna contra el virus de papiloma humano (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

que no existe evidencia de relación causal entre la vacuna y dichas reacciones.

Frecuentemente las autoridades médicas, gubernamentales y farmacéuticas califican estos casos como “reacciones psicológicas”. Por ejemplo, en Colombia en 2014, luego de ser vacunadas, varias niñas presentaron desmayos, entumecimientos, dolor corporal, entre otras afectaciones. Debido a que estas reacciones sucedieron casi simultáneamente, las autoridades y medios de comunicación definieron el evento como un caso de “histeria colectiva” e intentaron cerrar el caso.

Sin embargo —actualmente—, debido a la presión, organización e insistencia de madres y padres de las niñas afectadas, se está librando una batalla legal para que las autoridades reconozcan los casi 900 casos de niñas afectadas por la vacuna contra el virus de papiloma humano (Gómez, 2016).

En México desde 2016, un grupo de madres de niñas que padecieron afectaciones graves por recibir la vacuna, formaron la Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma. Una de ellas es Mara Mexia, madre de Yael, quien a los 12 años fue vacunada y meses después no pudo seguir caminando por la pérdida de fuerza en sus extremidades y el dolor intenso en todo el cuerpo. Mara narra cómo los doctores a los que acudió subestimaron el caso con el mismo argumento de que el daño era “psicológico”.

Fuimos a ver a muchos médicos; le hicimos estudios y en todo salía normal. No se explicaban lo que le estaba pasando. Una vez un doctor le preguntó a Yael: “¿Qué te duele?”, ella contestó: “Todo: la piel, los músculos, los huesos”. El doctor dijo: “No hay ninguna enfermedad en la que duela todo eso. Sólo quiere llamar la atención”. A nuestras niñas las diagnostican muchas veces como portadoras de un padecimiento psiquiátrico con tal de no reconocer el daño (Mara Mexia, entrevista personal, noviembre de 2018).

El testimonio da cuenta de cómo la lógica médica reproduce los estereotipos de género que asocian a las mujeres con padecimien-



tos mentales. En lugar de reconocer su incapacidad de diagnosticar los síntomas e investigar, los médicos optan por descalificar a la paciente, dudar de ella y atribuirle un problema psicológico.

Mara empezó a investigar y se contactó con la Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma en España; ellas la pusieron en contacto con otra mexicana madre de una niña también afectada. Así, fueron tejiendo una red de apoyo en la que investigan, buscan opciones de tratamiento para sus hijas, difunden sus experiencias y señalan que tanto las instituciones de salud como las farmacéuticas tienen la responsabilidad de investigar, informar y advertir sobre los efectos de los fármacos.

Actualmente dicha asociación tiene registro de 27 casos de niñas que viven con afectaciones graves a su salud desencadenadas por la vacuna contra el virus de papiloma humano, y han documentado cuatro muertes (Saucedo, 2018).

Mara y quienes forman parte de dicha asociación, exponen sus argumentos haciendo énfasis en que la vacuna no afecta a todas las niñas; pero a algunas sí y de manera muy grave. A pesar de los matices y precauciones en su discurso, han enfrentado el rechazo y la ridiculización por parte de diferentes autoridades.

Dudar de la vacuna es una ofensa. Se puede dudar de cualquier cosa: de Dios, de tu sexualidad, de tu género; pero no de la vacuna. Yo reconozco que las vacunas han salvado vidas, pero también ha habido casos de medicamentos que al final se quitan del mercado porque se demuestra que son dañinos. A nosotras nos etiquetan de antivacunas, siendo que nuestras hijas cuentan con sus esquemas de vacunación completos desde el nacimiento hasta la última, que fue la de virus de papiloma humano. Esta vacuna puede tener efectos sobre algunas niñas y deben reconocerse, investigarse y responsabilizarse por ellos (Mara Mexia, entrevista personal, noviembre de 2018).

En este fragmento de entrevista vemos cómo la duda sobre el fármaco es interpretada por los médicos como una ofensa, como una afrenta

a su autoridad. Es una clara expresión del habitus médico autoritario definido por Castro (2014: 191), “basado en el castigo como forma de transmisión de conocimientos, la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa, así como en la desigualdad de género”. Con el propósito de defender su lugar de autoridad, los médicos reproducen esas formas de jerarquía y ejercicio de poder en la interacción con sus pacientes. Sigue la narración de Mara:

Muchos padres sienten temor a ser ridiculizados al exponer estas dudas a sus doctores. Y en definitiva sí terminan siendo tachados de ignorantes o malos padres y madres por preguntar y optar por el principio de precaución. La gran mayoría de los especialistas en salud creen que somos incapaces de entender los riesgos y de distinguir entre una vacuna necesaria y segura y otra que no lo es. Incluso nos hemos enfrentado a la total negativa de sus médicos tratantes de revisar los artículos científicos que les llevamos cuando ellos nos comentan que no existe información científica sobre los efectos adversos. Ante esta actitud dogmática, nunca lograremos avanzar en la búsqueda de un tratamiento para quienes ya resultaron afectadas (Mara Mexia, entrevista personal, noviembre de 2018).

Vemos cómo los médicos sienten su autoridad desafiada al enfrentarse a una paciente que investiga, duda de su palabra y subvierte la relación jerárquica al proporcionarle material científico para que se documente. Con el propósito de defender su posición, ridiculizan, descalifican e imponen una valoración moral sobre las pacientes que no obedecen: son tachadas de “malas madres”.

No todos los médicos con los que han tratado las madres de niñas afectadas reproducen esa actitud violenta. Hay algunos casos como el del doctor Martínez-Lavín, por ejemplo, quien después de recibir en su consultorio a algunas de estas niñas, empezó a investigar —de manera independiente— los efectos adversos de la vacuna, en lo que ha denominado “síndrome post vacunación” contra el virus de papiloma humano (Martínez-Lavín y Amezcua-Guerra, 2017).

## REFLEXIONES FINALES

En este texto he querido mostrar cómo la vacunación contra el virus de papiloma humano puede entenderse como un caso de medicalización. A partir del análisis de las narrativas de diferentes actores involucrados en la vacunación, señalo que éstos construyen y difunden ideas erróneas sobre el virus de papiloma humano, el cáncer y la vacuna; que tales ideas sostienen un discurso del riesgo según el cual al iniciar su vida sexual las niñas y las adolescentes quedan expuestas tanto al cáncer como a la muerte.

En afinidad con este discurso y con intereses económicos en los que intervienen funcionarios públicos, se despliega un mercado que posiciona como prioridad una opción farmacológica costosa y con poca efectividad como la vacuna. Dicho proceso —además— se nutre de los temores y ansiedades sociales en torno a la sexualidad femenina adolescente, reproduce estereotipos de género y vulnera los derechos sexuales de las jóvenes.

Por ejemplo, el derecho a recibir información veraz, actualizada y laica, que se vulnera al recibir afirmaciones erróneas y cargadas de una moral religiosa; el derecho a la no discriminación y a la igualdad, que se viola al ser objeto de estereotipos de género por parte de todos los actores involucrados, así como el derecho a decidir de manera libre, autónoma e informada que es transgredido al orillar a las madres a decidir por la vacuna sin la información correcta y apelando a cuestiones económicas o morales.

Vemos cómo históricamente el inicio de la vida sexual femenina ha sido y sigue siendo un terreno de disputa en torno al cual se han desplegado múltiples mecanismos de control y regulación. Uno de ellos es la construcción e imposición de normas y valoraciones morales sobre el cuerpo y la sexualidad femenina. Los discursos analizados aquí construyen e imponen sobre las jóvenes una manera de vivir y entender la sexualidad como siempre en riesgo de infección y muerte; además, definen a la sexualidad legítima como la que se ejerce en el marco de una relación amorosa, heterosexual y monógama.

Cualquier expresión sexual que no suceda en ese marco es considerada inmoral: no legítima. Por otra parte, dichos discursos reproducen estereotipos de género al concebir a las niñas como futuras mujeres, madres, responsables del bienestar familiar; además de asociarlas con padecimientos mentales, sospechar y poner en duda sus experiencias.

Todo lo anterior tiende a naturalizar y justificar la desigualdad de género, con lo cual se violan los derechos sexuales de jóvenes y adolescentes estipulados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2006) y otros organismos internacionales.

En tal entramado de discursos y prácticas articulados en torno a la vacunación contra el virus de papiloma humano, podemos observar cómo opera la medicalización. Cómo el poder médico se expande hacia ámbitos no médicos de la vida social; pero quiero señalar que no se trata sólo del poder médico.

En el caso aquí analizado, el poder médico se articula con el poder económico y el poder político para introducir una medida de salud pública que les sea redituable. La asociación explícita entre las empresas farmacéuticas, los estudios científicos, los laboratorios, gobiernos y funcionarios nos hablan de esta articulación.

La medicalización sería entonces no sólo la expansión de la racionalidad médica hacia ámbitos no médicos, sino la irrupción de la lógica mercantil en la salud pública, que utiliza tanto el discurso como la autoridad médica y política para sus propios fines.

Finalmente, las experiencias de organización y resistencia frente a la medicalización constituyen un ejemplo de las pequeñas resistencias y batallas que se libran en el nivel micro, en la interacción cara a cara que —a fin de cuentas— pueden llegar a trastocar las formas en las cuales se ejerce y justifica el poder.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bajtín, Mijail (1991). *Teoría y estética de la novela: trabajos de investigación*. Madrid: Taurus.
- Calderón Hinojosa, Felipe. “Anuncio sobre la universalización de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano”, video de YouTube, 20:26,

- 3 de octubre 2012. Disponible en línea: <https://www.youtube.com/watch?v=s9oah1aaJJU&t=658s> [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Castro, Roberto (2014). "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio): 167-197.
- Castro, Roberto, y Mario P. Bronfman (1993). "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión". *Cadernos de Saúde Pública* 9, núm. 3 (julio-septiembre): 375-394.
- Centers for Disease Control and Prevention (2018). "About the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)". United States Department of Health and Human Services (DHHS), Public Health Service (PHS). Centers for Disease Control (OCD)/ Food and Drug Administration (FDA). Disponible en línea: <http://wonder.cdc.gov/vaers.html> [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Chesson, Harrel W.; Eileen F. Dunne; Susan Hariri; y Lauri E. Markowitz (2014). "The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States". *Sexually Transmitted Diseases* 41, núm. 11 (noviembre): 660-664.
- Chouza, Paula (2015). "La vacuna que mató a dos bebés en Chiapas estaba contaminada". *El País*. Internacional. 22 de mayo, 2015, última edición. Disponible en línea: [https://elpais.com/internacional/2015/05/23/actualidad/1432332471\\_602082.html](https://elpais.com/internacional/2015/05/23/actualidad/1432332471_602082.html) [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2018). *Catálogo Universal de Servicios de Salud, Causes 2018*. México: Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. Disponible en línea: <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018> [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Conrad, Peter (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Erviti, Joaquina; Roberto Castro; e Itzel Sosa. (2006). "Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México". *Estudios Sociológicos* 24, núm. 72 (septiembre-diciembre): 637-665.
- Foucault, Michel (1996). "Historia de la medicalización". En *La vida de los hombres infames*, compilado por Julia Varela y Fernando Álvarez Uría, 55-69. La Plata, Argentina: Editorial Altamira.
- Foucault, Michel (1999). "Nacimiento de la medicina social". En *Estrategias de poder. Obras esenciales*. Vol. II, compilado por Julia Varela y Fernando Álvarez Uría, 363-384. Barcelona: Paidós.

- Foucault, Michel (2013). *Historia de la sexualidad*. Volumen 1: *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Future II Study Group (2007a). "Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Diseases". *The New England Journal of Medicine* 356, núm. 19 (mayo): 1928-1943.
- Future II Study Group (2007b). "Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent High-Grade Cervical Lesions". *The New England Journal of Medicine* 356, núm. 19 (mayo): 1915-1927.
- Gayet, Cecilia, y Juan Pablo Gutiérrez. (2014). "Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo". *Salud Pública de México* 56, núm. 6 (noviembre-diciembre): 638-647.
- Giami, Alain, y Christophe Perrey (2012). "Transformations in the Medicalization of Sex: HIV Prevention between Discipline and Biopolitics". *The Journal of Sex Research* 49, núm. 4 (julio): 353-361.
- Gobierno de La República (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. México: Gobierno de la República. Disponible en línea: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf) [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Gobierno de México-Secretaría de Salud-Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (2017). Disponible en línea: <https://www.gob.mx/salud/censia> [Consulta: 31 de octubre, 2020].
- Gómez, Yolanda (2016). "Dos años del enigmático desmayo de niñas vacunadas contra el papiloma". *El Tiempo*, 28 de mayo, última edición. Disponible en línea: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16606101> [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Harper, Diana (2009). "Current prophylactic HPV vaccines and gynecologic premalignancies". *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 21, núm. 6 (diciembre): 457-464.
- Higareda, Diana (2018). "Entérate. Lo que debes saber sobre la vacuna contra el VPH". *El Universal*, 10 de junio, última edición. Disponible en línea: <http://www.eluniversal.com.mx/periodismo-de-datos/enterate-lo-que-debes-saber-sobre-la-vacuna-contra-el-vph> [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Jørgensen, Lars; Peter Gøtzsche; y Tom Jefferson (2018). "The Cochrane HPV vaccine review was incomplete and ignored important evidence of bias". *BMJ Evidence-Based Medicine* 23, núm. 5 (abril): 165-168.
- Laurell, Asa Cristina (2008). "La vacuna contra el VPH: ¿ciencia para la ganancia?". *La Jornada*. Ciencias, 6 de marzo, última edición. Disponible en línea: <http://www.jornada.com.mx/2008/03/06/index.php?section=opinion&article=a03a1cie> [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Laurell, Asa Cristina (2009). "La vacuna contra el VPH: el conflicto de interés". *Salud Colectiva* 5, núm. 1 (enero-abril): 127-128.

- Lupton, Deborah (1997). "Foucault and the medicalization critique". En *Foucault, Health and Medicine*, compilado por Alan R. Petersen y Robin Bunton, 95-110. Londres: Routledge.
- Mamo, Laura, y Steven Epstein (2014). "The pharmaceuticalization of sexual risk: Vaccine development and the new politics of cancer prevention". *Social Science & Medicine* 101 (enero): 155-165.
- Martinez-Lavin, Manuel, y Luis Amezcua-Guerra (2017). "Serious adverse events after HPV vaccination: A critical review of randomized trials and post-marketing case series". *Clinical Rheumatology* 36, núm. 10 (octubre): 2169-2178.
- Menéndez, Eduardo (1997). "Antropología médica: espacios propios, campos de nadie". *Nueva Antropología* 15, núm. 51 (febrero): 83-103.
- Myer, Larry (2014). "Taboo Deformation: A Linguistic Phenomenon". *Carmenta Online Latin Blog*, 4 de noviembre, última edición. Disponible en línea: <http://www.carmentablog.com/2014/11/04/taboo-deformation-linguistic-phenomenon/> [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Piñeros, Marion; Claudia Cortés; Lina Trujillo; y Carolina Wiesner (2009). "Conocimientos, aceptabilidad y actitudes sobre la vacuna contra el VPH en médicos generales, ginecólogos y pediatras en Colombia". *Revista Colombiana de Cancerología* 13, núm. 2 (2009): 88-98.
- Polzer, Jessica, y Susan M. Knabe (2012). "From desire to disease: Human papillomavirus (HPV) and the medicalization of nascent female sexuality". *The Journal of Sex Research* 49, núm. 4 (junio): 344-352.
- Saucedo, Adriana (2018). "Vacuna contra el virus del papiloma humano las tiene en silla de ruedas". *El Heraldo de Chihuahua*, 10 de septiembre, última edición. Disponible en línea: <https://www.elheraldodechihuahua.com.mx/local/vacuna-contra-el-virus-del-papiloma-humano-las-tiene-en-silla-de-ruedas-1983443.html> [Consulta: 30 de octubre, 2020].
- Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Feminismos. Valencia: Cátedra.
- Vardeman-Winter, Jennifer (2011). "Medicalization and teen girls' bodies in the Gardasil cervical cancer vaccine campaign". *Feminist Media Studies* 12, núm. 2 (agosto): 281-304.





## Construcción de género y prevención de embarazo en adolescentes

*Armando Javier Díaz Camarena*

### SITUACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN MÉXICO

Desde los años setenta del siglo xx en México, las políticas de regulación de la natalidad han tenido un importante impacto en la disminución de la tasa de fecundidad. Sin embargo, ésta se revirtió entre las adolescentes después de 2004; de hecho lo que se ha observado es un incremento.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica reporta que de 1990 a 2014 la tasa de fecundidad disminuyó de manera constante y significativa entre mujeres adultas de todos los grupos y que entre adolescentes —por el contrario— tendió a aumentar de manera considerable. Entre mujeres de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad fue de 81.4% en 1990; bajó a 64.4% en 2004; y se incrementó a 77.0% en 2014 (Consejo Nacional de Población, 2016: 95). Esta situación ha sido motivo de alerta debido a las implicaciones demográficas y para la vida de las y los adolescentes que ella acarrea.

El incremento se debe a que hay una tendencia a que los adolescentes inicien relaciones sexuales a edades más tempranas. Las Encuestas Nacionales de Juventud muestran que de la población entre 15 y 19 años, 22.3% ya habían tenido relaciones sexuales para el 2000;

27.2% para el 2005; y 33.6% en 2010.<sup>1</sup> Las y los adolescentes no están teniendo este inicio de relaciones sexuales con un uso adecuado y consistente de metodología anticonceptiva. Ello se debe a distintas barreras personales, institucionales y socioculturales.

La misma encuesta muestra que, en 2010, utilizaron anticonceptivos en la primera relación sexual 60.19% de hombres y 46.45% de mujeres; mientras que en su última relación sexual lo usaron 63.57% de hombres y 51.42% de mujeres.

Es importante señalar también que el principal método que utilizan es el condón, más recomendado para prevenir infecciones que embarazo. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica reporta que en 2009, 6.8% de las mujeres que usó anticonceptivos optó por hormonales; 89.2%, por condones; mientras que en 2014, 6.0% y 91%, respectivamente (Consejo Nacional de Población, 2016: 63).

Lo anterior refleja que acaso las adolescentes se ocupan más de evitar el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) que el embarazo. Ello puede incluso ser resultado de la desinformación, ya que las instituciones no hacen suficiente difusión acerca de que la alternativa más eficaz son los hormonales, pues la prevención de embarazo en adolescentes había sido abordada por los gobiernos como un asunto secundario respecto a la prevención de VIH.

El hecho de que los hombres utilicen más los anticonceptivos que las mujeres merece reflexionar sobre la situación de que en mayor medida ellas opten por confiar en que la pareja no padece alguna infección, les es sexualmente exclusiva; o que dejan más a la suerte la posibilidad de un embarazo.

En el proyecto de vida de las mujeres, la maternidad es percibida como destino deseable e inevitable (Lagarde, 1990). Mientras que los hombres suelen tener más claro que su actividad sexual no se ejerce con la pareja definitiva, por lo que les preocupa más llegar a adquirir

<sup>1</sup> Para ello se consultaron el informe 2000, el texto de Zeyda Rodríguez sobre la encuesta de 2005 y la base de datos de los resultados de la encuesta en 2010.

una infección de transmisión sexual o quedar comprometidos con su compañera sexual mediante un embarazo.

Dicha situación se conjuga con los desafíos actuales que enfrenta la población joven. Y se complica más aún si —como dice Stern, 2012— consideramos que el porcentaje de población adolescente también se ha incrementado en las últimas décadas, lo que representa un desafío para el país, especialmente en un contexto en el que las posibilidades de autonomía económica tienden a postergarse y —con ello— se incrementa la posibilidad de vivir con limitaciones económicas.

De hecho la ley no permite dar trabajo a personas menores de edad. Por esta razón —entre otras— el embarazo en adolescentes representa un problema social que puede poner en riesgo el bienestar actual y futuro de dichos adolescentes, sobre todo de las mujeres. Más aún, ello contribuye a la desigualdad económica de género.

La tendencia al inicio sexual más temprano implica una construcción de sujetos de deseo que comienzan su vida sexual con menos madurez. Asimismo, da lugar tanto a la paternidad como a la maternidad sin acceso a estabilidad laboral, con las respectivas prestaciones de seguridad social. Esta situación repercute con mayor fuerza en la vida de las mujeres, debido a que son ellas quienes abandonan sus planes de vida escolar y laboral, y quienes se ven mayormente sujetas a la maternidad como rol social.

El presente capítulo constituye una reflexión sobre la manera como se están implementando acciones de prevención de embarazo en adolescentes desde la perspectiva de género. Para ello se revisaron documentos programáticos y se sistematizó información de intervenciones de capacitación, grupos focales y foros de discusión entre personal de salud y educación en Jalisco, Estado de México y Ciudad de México.

*Primero* se revisan algunas cuestiones relacionadas con la situación social y personal que viven las y los adolescentes, así como las implicaciones de género que se manifiestan en el embarazo en adolescentes.

*Después* se analizan algunas acciones y materiales de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

*Al final*, se hacen reflexiones a partir de los componentes de la estrategia: educación sexual, servicios de salud, educación inclusiva y oportunidades laborales, entorno habilitante y atención a la violencia de género.

Entre los hallazgos que se presentan, se encuentra que las campañas y materiales logran incorporar la perspectiva de género y crear conciencia de riesgo, que consiste en percibir las desventajas y costos que implica tanto para la salud como para el proyecto de vida el hecho de tener un embarazo a corta edad.

Sin embargo, se identificó que falta material sobre habilidades para la vida, así como fomentar la responsabilidad que debieran ejercer los varones en la prevención. Se han registrado tensiones entre el deseo de disminuir estos embarazos y el miedo de las comunidades a que la educación sexual y el acceso a los anticonceptivos puedan cambiar el orden sexual. Ello da lugar a prácticas médicas y pedagógicas que dificultan la prevención.

Los roles tradicionales de género representan una barrera para la prevención del embarazo, porque la maternidad sigue siendo una manera como algunas adolescentes acceden al reconocimiento social, salen de hogares donde viven violencia, o incluso siguen un proyecto de vida ante la falta de oportunidades educativas y laborales.

Además, la violencia de género desempeña un papel central en el fenómeno: se requiere prevenirla y erradicarla. Por ello, para hacer avanzar la estrategia es preciso involucrar más a las instituciones que tienen que ver con la materia en el país.

## LA ADOLESCENCIA Y SUS DESAFÍOS ACTUALES

La adolescencia es una etapa de la vida, pero no en un sentido biológico: es una construcción social y cultural que otorga un lugar a los sujetos en las sociedades occidentales modernas (Openhayn, 2007).

Inicia con los cambios de la pubertad, pero su conclusión no lleva consigo una fecha fija. Asumir la “vida adulta” implica cierto desarrollo psicoemocional, así como la capacidad de incorporarse en la vida productiva para lograr la autonomía económica, lo cual queda sujeto a condiciones económicas y socioculturales.

Es importante entender la adolescencia como una posición social cuyo margen de edad es arbitrario y movable según tiempo y espacio, una etapa que no es reconocida en todas las culturas. Bourdieu (1990: 164) plantea que “las clasificaciones por edad (y también por sexo, o claro, por clase) vienen a ser siempre una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada quien debe mantenerse, donde cada quien debe ocupar un lugar”.

Desde esta perspectiva, se trata de sujetos que carecen de un lugar como ciudadanos plenos, que —aunque sus derechos humanos se vean protegidos por el principio de interés superior de la niñez— viven una situación de limitación a sus libertades, a sus derechos sexuales y reproductivos porque se les percibe como incapaces de tomar decisiones adecuadas para su vida y por no contar con autonomía económica.

Openhayn (*Op. cit.*) señala que actualmente las y los jóvenes viven entre tensiones cruzadas, debido a que la formación para ser adulto se prolonga cada vez más, al igual que la dependencia económica respecto a los padres.

Dichas tensiones consisten en una demanda de mayor educación y menos posibilidades de empleo; mayor acceso a información, pero menos poder; más integración social simbólica, pero menos integración en lo material; mayor flujo comunicativo, pero con fragmentación de referentes, debido a identificaciones basadas en consumo cultural; mayor demanda de autonomía y menos opciones para materializarla; más seducidos por el presente y más presionados por el futuro.

Asimismo, las y los adolescentes de hoy viven una pérdida de certezas: desde procesos de deterioro del medio ambiente y la inseguridad ante la violencia cada vez más acentuada, hasta la pérdida de posibilidades de estabilidad laboral; incluso de las relaciones de pareja. Estas tensiones cruzadas y pérdida de certezas convierten a

adolescentes y jóvenes en sujetos que no pueden ejercer una ciudadanía plena que les permita acceder a un bienestar futuro y ejercer en el presente sus derechos tanto sexuales como reproductivos.

López Sánchez (1995: 1) señala que las personas adolescentes cambian muy profundamente y muy de prisa. Es una etapa de decisiones relacionales y vocacionales que cobran una importancia decisiva para el resto de la vida. Cambian rápidamente en su configuración corporal, sus deseos, afectos, capacidades mentales. Cambian también las relaciones con la familia y con los compañeros.

Como parte de la construcción de su autonomía, las y los adolescentes suelen pasar más tiempo y tener mayor cercanía con personas de su edad (Papalia, Fieldman y Martorell, 2013: 403). En lo referente al ámbito de la sexualidad, la distancia con los padres es también resultado de la dificultad que las personas adultas suelen tener para reconocer, comprender y respetar la sexualidad de las y los adolescentes, al igual que con la necesidad de mantener la privacidad y autonomía.

Esa distancia y falta de acompañamiento familiar también se presenta en la vida sexual y cumple un papel relevante como barrera para la prevención de embarazo.

La adolescencia también es una etapa de desarrollo de capacidades cognitivas que transforman la relación de los sujetos consigo mismos y con el mundo. Se desarrollan habilidades para comprender la realidad; pero es pertinente entender que las y los adolescentes recién dejan la infancia y que, si no se fomenta el pensamiento crítico, su perspectiva puede ser poco realista sobre las relaciones afectivas, las responsabilidades que implica un embarazo y las condiciones tanto económicas como sociales que deberá enfrentar.

Según Piaget (1985), en la adolescencia las personas logran la capacidad de pensamiento abstracto o lógico; es decir: de entender causas, consecuencias y procesos complejos. Es una potencialidad que se desarrolla a partir de enfrentar situaciones prácticas de la vida. Gracias a este recurso, las y los adolescentes definen su propia escala

de valores, que construyen mediante un replanteamiento de lo que han aprendido durante la infancia.

Las interacciones sociales desempeñan un papel central en el desarrollo de las capacidades cognitivas, pues la convivencia con otras personas les ayuda a aprender repertorios para entender el mundo (Vygotski, 1978).

Las capacidades cognitivas son uno de los recursos más importantes para utilizar en las intervenciones educativas dirigidas a adolescentes sobre prevención de embarazo y derechos tanto sexuales como reproductivos.

Esa potencialidad cognitiva no constituye una garantía de que las y los adolescentes perciban el mundo y entiendan de manera profunda los procesos de la vida. De hecho las y los adolescentes no reflexionan a profundidad acerca del embarazo, pues tienden a romantizar las relaciones de pareja y asumir que el noviazgo en turno es la pareja definitiva. Además, desconocen las desventajas y costos que un embarazo temprano puede traer consigo a su salud y su proyecto de vida.

Dicha capacidad no se desarrolla tan fácilmente si no se fomenta el pensamiento crítico, habilidad que permitirá comprender los procesos involucrados en sus decisiones, analizar críticamente las influencias a las que están expuestos, mirar su vida futura en perspectiva, identificar los desafíos y reconocer las posibles consecuencias de sus acciones.

Tal nueva capacidad permite que las y los adolescentes se construyan como sujetos. En esta etapa reconstruyen su identidad, pues el pensamiento lógico les permite comprenderse a sí mismos, al mundo y su lugar en él. Erick H. Erickson (1991) propone que el desafío de la adolescencia consiste en la construcción de su propia identidad,<sup>2</sup> que

<sup>2</sup> El autor plantea la transición como una “crisis”, pero evitaremos el término debido a que se ha trascendido la noción de las y los adolescentes como sujetos incapaces para guiar y decidir sobre su vida; de hecho, tal noción de *crisis* no describe la realidad: es parte de una lógica social que contribuye a producir esa idea de “crisis” que mantiene a los adolescentes en un limbo social que niega el derecho a decidir sobre la propia vida y la sexualidad.

implica tanto dar sentido como decidir sobre su yo y el papel que éste cumple en el mundo social en tres aspectos decisivos para la vida:

- definir los valores con que habrá de vivir
- elegir una ocupación, y
- consolidar una identidad sexual

Por tal motivo, las estrategias de prevención de embarazo en adolescentes deben integrar el desarrollo de habilidades para tomar decisiones y la construcción de un proyecto de vida.

La identidad cambia radicalmente a partir de la nueva experiencia del cuerpo, que se encuentra en permanente transformación durante la adolescencia. El crecimiento y la aparición de caracteres sexuales secundarios van modificando el esquema corporal; es decir, la imagen que cada uno tiene de su propio cuerpo. Este proceso reconfigura su lugar en el mundo, pues cambia su experiencia espacial y su subjetividad.

Justamente por los cambios que se viven, la adolescencia es un momento decisivo para la construcción de un proyecto de vida, uno de los ejes que propone la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

#### SEXUALIDAD, SUBJETIVIDAD Y PREVENCIÓN

La adolescencia es una etapa de grandes cambios en la experiencia del cuerpo y la sexualidad. Las y los adolescentes se convierten en sujetos capaces de experimentar deseo sexual y de generar atracción sexual en otras personas. La susceptibilidad de iniciar relaciones sexuales aparece con el desarrollo de sus cambios sexuales secundarios, el cual trae consigo la experiencia del deseo. Es decir, la atracción sexual que no sólo es afectiva, sino que despierta una respuesta sexual de excitación; pero que también se acentúa con los enamoramientos, experiencias intensas a esa edad. Este despertar del cuerpo y la sexualidad reconfigura las identificaciones.



Además, se trata de un momento de especial intensidad de la atracción erótico-afectiva por otras personas, con las que pueden construir relaciones de amistad o vínculos basados en el deseo: noviazgos, “free”, amigos “con derecho”...

Dicha reconfiguración no siempre conduce hacia una orientación sexual e identidad de género basados en el binarismo sexual y la heterosexualidad obligatoria. Hay personas que tuvieron embarazos en la adolescencia y después asumieron una orientación sexual o identidad de género disidente. Por ello es importante involucrar a todas las personas en la prevención.

En el ámbito de la sexualidad, las y los adolescentes viven la paradoja de la estimulación y la prohibición. Por un lado, hay un entorno altamente erotizado que explota los deseos sexuales, pues el sexo es un elemento utilizado por la mercadotecnia para comercializar casi cualquier cosa. Además, la sociedad de la información y los medios de comunicación ofrecen estímulos que les despiertan el deseo de actividad sexual.

Por otro lado, la sociedad no les reconoce sus capacidades, deseos, conductas y derechos sexuales. A menudo padres, madres, personal educativo y de salud experimentan conflicto ante el hecho de que las y los adolescentes ejerzan los derechos de libertad y autonomía sobre su cuerpo, especialmente si implica que tengan actividad sexual.

Esa doble demanda entre mantener el orden y romperlo crea inconsistencia en el uso de los métodos anticonceptivos que las instituciones promueven, pues la educación sexual y los servicios de salud se ofrecen desde el conflicto, y dificultan tanto la decisión como la práctica respecto al uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales.

Las estrategias y acciones para la prevención de embarazo en adolescentes requieren tomar en cuenta la complejidad que plantea la construcción de la sexualidad y la subjetividad de las y los adolescentes; particularmente las situaciones que llevan a contactos sexuales que implican riesgo de embarazo y las barreras tanto personales como sociales que dificultan la prevención.

Muchos comportamientos sexuales se llevan a cabo en condiciones de falta de conciencia respecto a las desventajas y consecuencias de un embarazo temprano, situaciones emocionales complicadas y ante una serie de barreras culturales, socioeconómicas e institucionales que dificultan la prevención de embarazo.

El componente personal de las prácticas sexuales de riesgo implica que puede haber desinformación. Sin embargo, la información no basta para asegurar comportamientos seguros; también pueden involucrarse la falta de conciencia de riesgo, situaciones afectivas difíciles, o carencia de habilidades para la vida.

La falta de conciencia de riesgo consiste en la dificultad para percatarse de que sus prácticas sexuales pueden concluir en embarazo o en contraer alguna infección de transmisión sexual. Que un embarazo en ese momento de su vida podría acarrear dificultades en su bienestar y afectar su proyecto de vida, pues no disponen de autonomía económica, incluso para reconocer cuando se hallan en una relación afectiva en la que no hay condiciones adecuadas para procrear.

Como cuando se trata de una relación de pareja que es muy joven, que probablemente no sea a largo plazo, o incluso reconocer que si están en una relación con una persona adulta, eso constituye una situación de abuso sexual.

Entre las situaciones afectivas difíciles que pueden contribuir al embarazo, se pueden encontrar problemas de autoestima, falta de manejo de emociones, especialmente de necesidades afectivas que llevan a algunas adolescentes a tener relaciones sexuales por necesidad de contacto o de mantenerse en una relación afectiva.

También hay casos de adolescentes que están en familias donde existen problemas familiares como duelos, violencia intrafamiliar y conflictos. Si bien es algo que no debe generalizarse, resulta importante tomar en cuenta que el embarazo de una adolescente se convierte en una situación que coloca las problemáticas familiares en segundo plano y mantiene el equilibrio emocional en el sistema familiar mediante una falsa resolución de duelos y conflictos.

Entre las habilidades que contribuyen a la prevención se encuentran la comunicación asertiva que les ayude a no ceder a relaciones sexuales desprotegidas; el pensamiento crítico les permitirá cuestionar los ideales de amor romántico; las relaciones con personas adultas que constituyen abuso sexual; apropiarse de sus derechos sexuales y reproductivos e identificar los discursos conservadores que ponen de relieve el riesgo antes que la prevención.

Entre las habilidades básicas se encuentran la capacidad de evaluar situaciones para tomar decisiones así como la construcción de un proyecto de vida a largo plazo. Éste es uno de los aspectos que se han considerado en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

También hay barreras socioculturales, como el conservadurismo en las instituciones educativas y de salud que se manifiesta tanto en los grupos que desde esa visión del mundo se oponen a la información, como en los profesionales de la salud y la educación que niegan el acceso tanto a la orientación como a los métodos anticonceptivos para adolescentes. De hecho, éste puede ser uno de los factores más importantes en el incremento de embarazos en adolescentes en años recientes. Por ello, representa un desafío en la época actual, en la que hay importantes movilizaciones de organizaciones conservadoras que se oponen a las políticas de educación sexual.

#### EL GÉNERO Y LA SUSCEPTIBILIDAD AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El género es un principio simbólico a partir del cual se organiza la vida social mediante estereotipos y desigualdades que se encuentran en los símbolos, los marcos normativos, las instituciones y las identidades subjetivas (Scott, 1990). Existe un orden de género basado en la división sexual del trabajo, la desigualdad de poder entre mujeres y hombres, así como una regulación de la sexualidad y la afectividad diferenciada, incluso opuesta entre los géneros (Connell, 1997).

Los modelos de ser mujer y ser hombre cumplen un papel relevante en las prácticas sexuales que implican prevenir o posibilitar un embarazo. Además, el embarazo mismo es un fenómeno que lleva a reproducir las desigualdades entre los géneros y a mantener sus papeles sociales tradicionales. Los estereotipos de género —que son base de una valoración social del rol de madre y esposa— propician que las mujeres se identifiquen con patrones de relaciones afectivas y construyan proyectos de vida alrededor de la maternidad. Esos mismos estereotipos fomentan que los hombres vean la prevención de embarazo como un asunto ajeno.

Durante los procesos de capacitación impartidos a personal de salud y educación que se encarga de la prevención de embarazo en adolescentes en Estado de México, Jalisco, y Ciudad de México, se discutió sobre distintas maneras como las mujeres adolescentes se ven expuestas al embarazo de manera problemática.

En nuestra cultura se construye la subjetividad de las mujeres a partir de una serie de cautiverios simbólicos (Lagarde, 1990). Uno de ellos es el rol de madre-esposa que se inculca como modelo por seguir: destino irrenunciable y proyecto de vida deseable. En este sentido, se comentó que las adolescentes tienen como referentes significativos de identificación a las mujeres tanto de su familia como de su comunidad, quienes basan su vida en el papel de madre y esposa.

Pese a que tengan la posibilidad de conocer otras historias y contactar con otros referentes mediante redes sociales, las identificaciones con las mujeres de su entorno implican asumir como destino y como deseo el papel de madres y esposas.

Todo lo anterior nos lleva a confirmar lo señalado por Openhayn (2007): el flujo cada vez mayor de información al que acceden las y los adolescentes no necesariamente tiene un efecto relevante, pues los referentes de identificación se ven fragmentados y no se posicionan alternativas viables para que las y los adolescentes construyan proyectos de vida distintos de los basados en modelos tradicionales de género.

La prevención de embarazo en adolescentes será muy difícil mientras las normas de género se caractericen por la sobrevaloración social del rol de madre y esposa; pues las mujeres lo asumen como ideal para el proyecto de vida y como el camino para tener un lugar respetado en las comunidades. Dicha situación se vuelve más clara a medida que no visualizan oportunidades educativas y laborales claras para su futuro.

Ello coincide con lo que señala Stern (2012) acerca de que el embarazo en adolescentes no es del todo causa de deserción escolar, sino que más bien las mujeres se embarazan cuando ya se encuentran fuera de la escuela.

Otro de los procesos relevantes de la construcción de género de las mujeres que repercute en el embarazo en adolescentes es el hecho de que los patrones de vinculación afectiva y sexual se sostienen en una identificación con el sueño del amor romántico y el matrimonio como centro de la vida de las mujeres.

De hecho, el amor romántico es uno de los elementos que sostienen la estructura patriarcal, pues la existencia de vínculos muy fuertes hacia las parejas (varones cuando hablamos de embarazo) permite que idealicen el futuro de sus relaciones, que traten de mantenerse en ellas a toda costa y que no identifiquen situaciones de violencia. Con mucha razón Kate Millett (2018) señalaba que el amor es una de las bases sobre las cuales el patriarcado se sostiene, pues mantiene a las mujeres sujetas en relaciones de desventaja y subordinación.

El personal de salud y educación señala que algunas adolescentes no se protegen porque romantizan sus relaciones sexuales. Incluso se involucran en situaciones de abuso sexual, en relaciones voluntarias con adultos en las que las familias no pueden intervenir sin la anuencia de las adolescentes.

Por ejemplo, una adolescente de 13 años se embarazó de un hombre de 28 y se fue a vivir con él. Los padres no denunciaron porque ella los amenazaba con suicidarse y porque su compañero estaba involucrado en la delincuencia organizada.

Esa visión de las mujeres como amarradas al amor romántico es parte de las normas de género y se reproduce mediante productos culturales como programas de televisión, películas, cuentos y música.

En los acercamientos con profesionales de la educación, ellos refieren que incluso hay casos de mujeres adolescentes cuyo desempeño académico les permitiría acceder a buenas oportunidades educativas en el futuro; sin embargo, se embarazan en medio de relaciones de amor romántico y ven dificultado su proyecto de vida.

Otro elemento de la construcción de género que contribuye al embarazo en adolescentes y que vulnera a las mujeres es la estigmatización hacia quienes ejercen su sexualidad. Aunque se acepta más que las adolescentes sean sexualmente activas—incluso que haya presión social a iniciar relaciones sexuales—, muchas no acuden a los servicios de salud o a las farmacias a solicitar métodos anticonceptivos pues pueden ser estigmatizadas en sus comunidades y sancionadas por sus familias.

En caso de resultar embarazadas, no hay programas de regulación académica que les faciliten continuar con sus estudios. Además, algunas adolescentes terminan unidas con varones con los que no quisieran tener una relación definitiva, pues sólo sostenían una amistad, o bien durante el proceso de embarazo se dan cuenta de que no es la pareja con la que quisieran permanecer.

En el caso de los hombres, las normas de género implican un modelo de masculinidad basado en la fuerza y el rol proveedor, donde la prevención de embarazo no es vista como prioridad, por tratarse de un asunto reproductivo. Al igual que las mujeres, los adolescentes toman como referentes de identificación para direccionar un proyecto de vida, a sus familiares y a personas de su comunidad. De tal manera, se reproducen las normas de género.

El personal de salud y educación involucrado en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes coincide en que los varones no tienen tanto problema de información. Al igual que en el estudio sobre prevención de embarazo en adolescentes desde

las masculinidades (Instituto Nacional de Salud Pública, 2015), concuerdan en que muchos varones no se protegen del embarazo porque:

- a. Ven los anticonceptivos como un asunto ajeno; es decir, de las mujeres.
- b. Construyen una identificación con la idea de que ser hombre implica no preocuparse por riesgos, aprovechar toda oportunidad de tener relaciones sexuales y ejercer su sexualidad siguiendo una sensación de urgencia.
- c. No ven el embarazo como problema, pues muchos ni siquiera asumen la paternidad.

Con frecuencia los varones perciben la responsabilidad de la paternidad como asunto ligado al matrimonio o relación de pareja. Si no están emparejados, se sienten con la libertad de responder o no en cuanto a reconocer a los hijos o hijas y hacerse cargo o no de la manutención y la crianza (Amuchástegui, 2007: 123).

Además, en algunos casos se identifica que los hombres no previenen el embarazo porque ello les permite afirmarse como varones en su comunidad y —a la vez— retener a las mujeres en la relación de pareja. Tampoco está claro qué papel desempeñan en la corresponsabilidad. De hecho, el estudio del Instituto Nacional de Salud Pública (2015) reporta que cuando se protegen, muchas veces lo hacen pensando en prevenir las infecciones y no un embarazo.

#### LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Desde 2015 el gobierno mexicano puso en marcha la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, política interinstitucional cuyo diseño integra la perspectiva de género y los derechos sexuales. Entre sus objetivos se encuentran:

[...] promover el desarrollo humano y las oportunidades de las y los adolescentes: crear un entorno que favorezca decisiones libres y acertadas sobre su proyecto de vida y el ejercicio de sus sexualidad; incrementar la oferta de y la calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, así como una educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos (Gobierno de la República, 2015: 3).

Para 2030, se contempla la meta de reducir en 50% la tasa de fecundidad entre adolescentes de 15 a 19 años, al igual que erradicar los embarazos en menores de 15 años. Esta política ha impulsado la educación sexual y el acceso a servicios de salud; asimismo, tiene considerados otros componentes:

- educación inclusiva que fortalezca las habilidades para la vida y evite la deserción
- acceso a oportunidades laborales
- construcción de entorno habilitante que facilite la prevención, y
- fortalecimiento de la atención a casos de violencia sexual

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes funciona mediante un trabajo colegiado con el Grupo Interinstitucional de Prevención de Embarazo en Adolescentes. Lo coordinan el Consejo Nacional de Población y el Instituto Nacional de las Mujeres. Participan distintas instancias, entre las que se encuentra la Secretaría de Salud. En las entidades federativas, se han formado Grupos Estatales de Prevención de Embarazo en Adolescentes, con un esquema de coordinación similar al grupo nacional, aunque ellos desempeñan un trabajo más operativo.

El nivel de avance y articulación resulta distinto en cada entidad. En el caso del Estado de México se observa una nutrida participación de instancias tanto estatales como municipales; ello porque se trata de una entidad muy grande y con una gran diversidad de situaciones en sus regiones.



En Jalisco, el trabajo del Grupo Estatal de Prevención de Embarazo en Adolescentes se ha traducido en intervenciones más concretas y se observa también una participación de muchas instituciones, ya que se cuenta con una trayectoria de coordinación intersectorial desde los años noventa. Prueba de ello es que desde 2010 se formó una Mesa de Salud y Educación Integral para la Sexualidad.

La duplicidad de espacios de articulación también ha limitado la constancia de participación de algunas instancias; sin embargo, el Grupo Estatal de Prevención de Embarazo en Adolescentes ha sido un espacio que ha facilitado la colaboración entre instituciones en lo referente a ofrecer servicios, resolver problemas de atención de casos, al igual que capacitar al personal educativo y de salud.

Nuestro acercamiento a la experiencia de los actores que implementan la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes ha mostrado que tanto los *spots* de las campañas del Consejo Nacional de Población como los materiales educativos que se encuentran en las plataformas “Cómo le hago” y “Familias y sexualidades” son aportaciones importantes. Se les percibe de manera positiva por parte del personal de salud y educación; también por los adolescentes. Asimismo, han logrado integrar aspectos de conciencia de riesgo y perspectiva de género.

Entre 2017 y 2018, en Jalisco, realizamos un foro dirigido a profesionales de la salud y la educación; además, tres grupos focales con adolescentes. Uno de ellos era el grupo de adolescentes promotores de la salud en un municipio de zona rural. Recuperamos algunas percepciones respecto a la campaña y los materiales educativos.

La primera etapa de la campaña del Consejo Nacional de Población<sup>3</sup> permitió visibilizar distintas identidades juveniles, así como mostrar poblaciones juveniles, rurales y urbanas, y de ambos géneros; aunque

<sup>3</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=nFXnBa8jxp>  
<https://www.youtube.com/watch?v=W5LmCOg9QeY>  
<https://www.youtube.com/watch?v=pilEMVlmlnc>

el mensaje preventivo no pasó de la información; además, no enviaba mensajes que fomentaran la conciencia de riesgo.

La segunda campaña, titulada “Es tu vida, es tu futuro... hazlo seguro”, fueron tres *spots*: uno sobre embarazo, otro sobre infecciones de transmisión sexual, y otro enfocado a promover la prevención de embarazo como parte del proyecto de vida.<sup>4</sup> Estos *spots* fueron muy bien evaluados tanto por adolescentes como por profesionales de la salud y la educación. Se concentran en poner énfasis en las consecuencias negativas que puede traer consigo un embarazo; asimismo, favorecen que las y los adolescentes evalúen costos y beneficios de protegerse, lo cual constituye parte fundamental de los modelos cognitivos de cambio de comportamiento sexual (Díaz Camarena, 2008: 132).

Tanto adolescentes como profesionales de la salud y la educación consideraron que los *spots* son claros, favorecen la toma de conciencia sobre el riesgo que entraña el embarazo. También mostraron tanto personajes como situaciones con las que las y los adolescentes pueden sentir identificación, además de que fomentan la corresponsabilidad de los varones.

La tercera etapa contiene *spots* dirigidos igualmente a padres y profesorado, quienes no fueron incluidos en nuestra evaluación. Hacen un llamado a que se tomen en cuenta las consecuencias de no haber hablado sobre sexualidad y una interpelación a que se abra el tema; también abordan la prevención del abuso sexual. Estos mensajes tienen que ver más con

- construir un entorno favorable para la prevención y con
- contribuir a evitar la violencia, de modo de
- prevenir el embarazo en adolescentes; a la vez, con
- proteger sus derechos sexuales

<sup>4</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=g1suNyIEAoA>  
<https://www.youtube.com/watch?v=sSfKJBo2h24>  
<https://www.youtube.com/watch?v=YGwoozH1-sQ>

La principal desventaja que se identificó en los *spots*: no han tenido suficiente difusión, aunque son viables para difundirse por redes sociales y fáciles de acceder en línea.

La página “Cómo le hago”<sup>5</sup> (sitio *web* dirigido a adolescentes como parte de la estrategia nacional) cuenta con diversos materiales educativos. En los grupos focales y el foro, las audiencias gustaron de los videos tutoriales en los que participan actores; especialmente los que se enfocan en promover la comunicación asertiva y se titulan “Cómo decir no” y “Cómo negociar el uso del condón”.

También fueron bien evaluados los videos animados “Tomar una prueba de embarazo” y “Cómo ocurre un embarazo”. En este último se sugiere reserva si piensa proyectarse en comunidades que puedan ser conservadoras. Los materiales en general son atractivos. Contienen perspectiva de género, pues cuidan que haya lenguaje incluyente y participación equitativa de mujeres y hombres. La información resulta muy clara, y presenta tanto personajes como situaciones con los que las y los adolescentes pueden identificarse con facilidad.

Los materiales que fueron menos apreciados: aquellos en los que se da mucha información y en la que se entrevista a expertos, como los videos “Violentómetro” y “Métodos anticonceptivos de larga duración”, de la sección “Mariana y Fer”. Los grupos consideraron que no logran transmitir el mensaje con la misma claridad ni mantener la atención de la audiencia. Ello se debió no sólo a que los adolescentes no se identifican con los que hablan porque tienen menos habilidad para transmitir mensajes, sino que en dichos materiales se asume que la prevención se fomenta por el solo hecho de comunicar datos, conceptos y recomendaciones.

Hubo otros materiales percibidos como “adecuados” pero que las y los jóvenes de áreas rurales consideran que es importante prever reacciones de grupos conservadores, como los tutoriales: “Uso de condón”, “Pastilla anticonceptiva de emergencia” y “Errores y dudas sobre el uso de la PAE”. Esto muestra que aún falta incorporar un componente

<sup>5</sup> <https://www.gob.mx/comolehago>

de interculturalidad en esta política pública, cuyos materiales son pensados para adolescentes de zonas urbanas.

También fueron considerados muy útiles los apartados “Se busca” y “Blogs”; el primero tiene información interactiva sobre cada método anticonceptivo y sobre la ubicación de los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes en el país; el segundo incluye textos con información. Entre las desventajas de esta plataforma digital se encuentra el hecho de que no ha tenido suficiente difusión y que prevalecen algunos mensajes donde se asigna a las mujeres la responsabilidad de la prevención.

En particular, los materiales sobre comunicación asertiva se enfocan en que las personas puedan poner límites a situaciones de acoso y presión a tener relaciones sexuales. No hay mensajes dirigidos a hombres para fomentar el respeto a los límites; es decir, a no presionar ni agredir sexualmente. Tampoco materiales que fomenten el compromiso de los varones con la paternidad y con la prevención del embarazo. Esta situación refleja que en las políticas públicas la incorporación del enfoque de masculinidades como parte de la perspectiva de género aún es precaria. Ello plantea un escollo, pues sin dicho acercamiento no se logrará cambiar los estereotipos y desigualdades.

La plataforma “Familias y sexualidades”<sup>6</sup> es un recurso que contiene información dirigida a padres y madres; en ella se puede encontrar información estratégica, testimonios y recomendaciones para apoyar a los hijos e hijas en la toma de decisiones sobre sus proyectos de vida, el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo. Su diseño muestra varias ventanas:

1. Igualdad (que revisa estereotipos y desigualdades de género)
2. Derechos sexuales
3. Sexualidades (que informa sobre los cambios en la adolescencia y pubertad)
4. Métodos anticonceptivos

<sup>6</sup> <http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/>

5. Violencia de género (que aborda tanto abuso sexual como violencia de pareja)
6. Embarazo y
7. Proyecto de vida (donde se aborda orientación vocacional, manejo de conflictos y habilidades para la vida).

Constituye un esfuerzo importante para proporcionar herramientas a madres y padres para acompañar a sus hijas e hijos en los procesos de embarazo, violencia, prevención y proyecto de vida. Entre las limitaciones halladas se encontró que gran parte de la información resulta muy técnica, que el formato para acceder va más dirigido a adolescentes que están familiarizados con el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación y no tanto a la población blanco: madres y padres. Por lo que puede enfrentar un problema de alcance al no contar con los recursos que le permitan llegar a la audiencia clave.

Sería necesario que también las instituciones que sí cuentan con dicho alcance entre comunidades de familias y población no escolarizada, se involucraran en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

A pesar de las limitaciones enunciadas (como la relacionada con el enfoque de masculinidades), los materiales logran incorporar los fundamentos de la perspectiva de género e incluir los derechos sexuales. Ello muestra que resulta un acierto la asignación de un liderazgo a los institutos de las mujeres en la prevención del embarazo en adolescentes, en lugar de considerarlo asunto exclusivo de instituciones de salud.

#### EL COMPONENTE DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Los contenidos oficiales sobre educación sexual en secundaria incluyen los métodos anticonceptivos desde 2006, junto con otros temas como los derechos sexuales. Ellos fueron redefinidos después de una contienda entre actores conservadores y de derechos sexuales. Como se documentó en otros espacios (Díaz Camarena, 2013; Díaz Camarena,

2017), ese año se dio a conocer que los libros de biología de primero de secundaria incluirían contenidos sobre temas como el inicio de las relaciones sexuales, la masturbación, la anticoncepción de emergencia. Algunos hablarían sobre homosexualidad.

Diversos grupos con perspectiva católica se posicionaron ante los medios de comunicación en contra de los nuevos contenidos e hicieron alianza con personal directivo de la Secretaría de Educación para modificar los libros. No obstante, su iniciativa fue detenida por la acción de organizaciones de derechos sexuales que se apoyaron con instituciones de salud.

En 2007 los contenidos oficiales tuvieron algunas modificaciones, y los grupos conservadores no lograron imponer plenamente la perspectiva de abstinencia; sin embargo, consiguieron influir en la información sobre metodología anticonceptiva, pues todos los libros aprobados incluyeron una tabla que abordaba la eficacia de cada método y presentaba los métodos “naturales” como muy eficaces en su “uso perfecto”, lo que sea a lo que se refirieran. Asignaron al método del calendario 91% de eficacia; al del moco cervical (Billings), 97%; al de temperatura basal, 99% (Díaz Camarena, 2013: 364).

Además, en 2008 imprimieron un material complementario basado en la perspectiva de los grupos conservadores para distribuir en todas las escuelas del país (Díaz Camarena, 2017). Este episodio refleja cómo la prevención de embarazo en adolescentes fue considerada asunto secundario, influida por discursos basados en una moral religiosa conservadora y —sin duda— constituyó un factor que contribuyó al reciente incremento de embarazos.

En 2011, con una reforma educativa, se incluyó información más realista en los contenidos sobre métodos anticonceptivos en los libros de biología correspondientes a primero de secundaria. En 2016 dicha información fue incluida también en los libros de sexto grado de primaria. Ello amplió la cobertura de adolescentes que cuentan con la información básica.

Actualmente, los contenidos oficiales de primaria y secundaria abordan la información más importante para prevención de emba-

razo. Sin embargo, la Secretaría de Educación no se ha involucrado realmente en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes; salvo en Jalisco, donde ha participado en un trabajo articulado que viene desde los años noventa.

Además, la modificación a los contenidos no está respaldada con capacitación a todo el profesorado ni con la inclusión de los temas en la formación docente. Por ello los contenidos pueden ser fuente de temores y reacciones por parte del personal educativo; en consecuencia no siempre resultan abordados en el aula.

Asimismo, no se dispone de un mecanismo de referencia y contra referencia que permita al personal educativo canalizar al alumnado directamente a los servicios de salud y que reciba información acerca de que hayan sido atendidos de manera adecuada. Era una iniciativa que había avanzado en 2009, cuando el gobierno federal publicó la Cartilla de Salud del Adolescente, la cual incluía un espacio en el que el personal de salud ponía un sello que certificaba que la o el joven había acudido a recibir información sobre salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos. La distribución de la cartilla fue suspendida porque el gobierno cedió ante la protesta de la jerarquía católica.

En 2016, diversas organizaciones conservadoras se posicionaron contra la educación sexual, lo cual generó duda en la población sobre su legitimidad. Su argumento principal consiste en señalar que los padres tienen “derecho a decidir sobre la educación de sus hijos”. Su demanda se basa en que el Estado no imponga una “ideología de género” por medio de la educación. Uno de los efectos de sus acciones es que han difundido dudas sobre cuán válido es utilizar hormonales; de hecho, al trabajar con adolescentes y con padres de familia, hemos identificado que tienden a creer que el anticonceptivo de emergencia es abortivo.

Lo anterior da cuenta de las inexactitudes que prevalecen en la información, las cuales resultan de los debates culturales y representan una barrera para la prevención. Además, el personal de salud reporta que suelen encontrar dificultad para mostrar el uso del condón y de

los anticonceptivos debido a que el personal escolar trata de evitar conflictos con padres y madres de familia. Es un hecho que ocurre más comúnmente en Jalisco; pero también en el Estado de México y la Ciudad de México.

#### SERVICIOS DE SALUD Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los servicios de salud y el acceso a anticonceptivos han tenido importantes avances; sin embargo, se trata de un área de tensiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos porque en el campo del médico se entrecruzan el conservadurismo y el ejercicio de poder. Mientras uno estigmatiza a las y los adolescentes que ejerzan su libertad y tengan relaciones sexuales, el otro impone regulaciones, aplica medicamentos e impide el ejercicio de su autonomía.

La Secretaría de Salud ha implementado servicios amigables para adolescentes en todo el país y ha establecido mecanismos de articulación con otras instituciones. En Jalisco ello ha ocurrido por vía de las regiones sanitarias; en el Estado de México, mediante los municipios; en la Ciudad de México, por medio de las alcaldías.

El personal de los servicios amigables para adolescentes refiere que los recursos humanos suelen ser insuficientes y tener demasiados programas a cargo. Ello dificulta sus resultados en el tema y muchas veces la eficacia se sostiene en el compromiso individual del personal operativo.

Además, con frecuencia el personal de salud que cuenta con nombramiento definitivo tiene edades avanzadas, por lo que les cuesta más trabajo establecer empatía con adolescentes. Además, comúnmente adoptan actitudes negativas hacia las políticas de educación sexual; incluso se muestran en contra de que las adolescentes tengan relaciones sexuales o de que se les otorguen los métodos anticonceptivos. Si —como sostiene Foucault, 1970; 1988; y 2007; Butler, 2014—, los sujetos somos producto del discurso, mucha población de mayor edad se formó profesionalmente en una época en la que prevalecían discursos más conservadores.



Por otro lado, muchas de las personas jóvenes, con un perfil más amigable, tienen contratos temporales y están sujetas a movilidad; de manera que el cambio de personal dificulta consolidar los programas. La actual inestabilidad laboral de la juventud afecta no sólo a la población usuaria sino también a los profesionales de la salud.

Se han identificado algunas dificultades para tener acceso a métodos anticonceptivos debido al desabasto que padecen algunas instituciones, o bien a la falta de servicios que resulten verdaderamente amigables debido a que el personal de las instituciones de salud donde dichos servicios son suministrados no está sensibilizado y toma posturas moralistas en el momento de atender a las y los adolescentes.

Asimismo —en el caso de Guadalajara—, gran cantidad de adolescentes embarazadas tienen su parto en los hospitales civiles. En ellos no se cuenta con métodos anticonceptivos; por ende las usuarias deben ser canalizadas a otras instituciones para la prevención.

Una situación problemática observada es el hecho de que la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Gobierno de la República, 2015: 86) establezca como métodos recomendables los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada, que incluyen: los implantes, los inyectables y los dispositivos intrauterinos. Tienen la ventaja de que los padres de familia no se percaten de ellos y que —por su duración— presentan menos problema de adherencia en adolescentes.

Los implantes subdérmicos han sido adoptados como la opción más recomendada pues no son visibles, no requieren exploración ginecológica y su aplicación dura varios años. Sin embargo, el personal de salud ha identificado diversos casos en los que las adolescentes se los retiran porque no toleran los efectos secundarios, que pueden ser amenorrea y malestares que se presentan en las primeras semanas. En algunos casos incluso acuden a clínicas privadas porque el personal de instituciones no les retira el implante.

También hay casos en los que las madres se enteran de su uso debido a dichas reacciones y acuden con médicos privados para que retiren el método a las adolescentes. En tales casos vemos cómo se

entrecruza el conservadurismo respecto a la sexualidad con la imposición del poder médico para realizar intervenciones en los cuerpos de las adolescentes, con lo cual se atropella su derecho a la autonomía.

Tal situación nos pone de manifiesto varias problemáticas.

- *La primera* consiste en que hay una barrera cultural para que las adolescentes puedan realmente utilizar los métodos anticonceptivos, y las instituciones tratan de echarla abajo con medicamentos.
- *La segunda*, en que se deja de lado el proceso de generar conciencia de riesgo en las adolescentes, facilitar que ellas mismas decidan e intervengan sobre su propio cuerpo y retiren el método durante temporadas en que no van a tener vida sexual activa.

De hecho, las adolescentes no se visualizan a sí mismas con uso prolongado de hormonas.

Tales acontecimientos muestran un manejo biopolítico (Foucault, 2007) que implica intervenir el cuerpo de las adolescentes, mantenerlas bajo los efectos de las hormonas y sostener mecanismos que impiden que ellas suspendan las intervenciones.

Por otro lado, el parche anticonceptivo podría ser una alternativa para que las adolescentes puedan elegir, la cual podría facilitar que los varones se involucraran en acudir por los insumos a los servicios de salud y evitar el estigma que se tiene en algunos lugares hacia las adolescentes que usan anticonceptivos. Además, es un dispositivo que las adolescentes podrían colocarse a sí mismas y cambiarlo cada semana. También podrían dejar de colocárselo cuando saben que van a dejar de tener relaciones sexuales durante un tiempo.

Desafortunadamente, el parche anticonceptivo es un método poco conocido. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, sólo 15.4% sabe cómo funciona; mientras que 83.6% conoce el funcionamiento del condón masculino; y 54.8% identifica cómo funciona el implante (Consejo Nacional de Población, 2016: 118).

Detrás de esas prácticas podría también haber motivos económicos, puesto que el gremio médico recibe beneficios de las industrias farmacéuticas por recetar sus productos. Además, en sus reportes de productividad incluyen a las pacientes que utilizan métodos de larga duración, sin que hayan tenido que atenderlas de manera constante; es decir, tal tipo de métodos les permite reportar más resultados con menos trabajo.

Un testimonio que refleja el ejercicio del poder médico es el de una madre adolescente que detectó situaciones de maltrato en las citas para control de embarazo en el servicio amigable: “Esperábamos varias horas para ser atendidas; y si alguna iba al baño y era nombrada, perdía su turno y tenía que esperar más horas”. Cuando esta adolescente tuvo su parto, le colocaron el implante. Sin embargo, a ella le habían diagnosticado hipotiroidismo, por lo que tuvo complicaciones y el método le ocasionó fuerte sangrado. No obstante, el personal se negó a cambiárselo argumentando que iba a costar caro.

Aunque es evidente que se viola el derecho de la usuaria a elegir el método anticonceptivo, cuando se planteó el testimonio en capacitación con personal médico de Guadalajara en 2017, algunos comentaban que el trato dado a la usuaria había sido correcto.

Estas prácticas significan maneras de sometimiento y castigo corporal a mujeres vulnerables. En ellas se conjuga una cultura de ejercicio de sujeción donde el poder del personal médico se cruza con el castigo conservador a las adolescentes por haber tenido el atrevimiento de emprender relaciones sexuales y cometer el error de no haberse cuidado.

Se hace uso de una posición de poder que resulta de la intersección de varias desigualdades donde alguien toma la salud de otra persona en sus manos e interviene sobre su cuerpo: profesional de la medicina sobre paciente; persona adulta sobre persona adolescente; profesional sobre persona de bajos recursos; alguien con prestigio social sobre alguien que rompió las reglas.

La atención a las adolescentes está marcada por un disciplinamiento mediante el gremio médico, que produce cuerpos dóciles por vía

de prácticas que hacen que su fuerza se vea disminuida y puedan ser sometidas. Ello con el fin de que obedezcan y hagan lo que se desea (Foucault, 2010: 159).

## EDUCACIÓN INCLUSIVA Y OPORTUNIDADES LABORALES

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes tiene un componente muy importante sobre educación inclusiva que considera acciones en materia de educación, de manera de que las y los adolescentes puedan continuar con sus estudios y desarrollen habilidades para la vida.

Toma como punto de partida la noción *curso de vida y proyecto de vida*, que implica “desarrollar intervenciones en una edad temprana para fomentar habilidades para la construcción de un proyecto de vida, fortalecer la toma de decisiones, sentido de responsabilidad y cuidado de la salud atendiendo la diversidad social, cultural, étnica, lingüística y de capacidades”, además de “la negociación en sus relaciones sexuales para evitar que éstas sean desprotegidas o forzadas” (Gobierno de la República, 2015: 74).

Se trata de un componente fundamental porque implica trabajar con los factores personales y de interacción/comunicación que entran en juego para que una o un adolescente decida prevenir el embarazo, sin olvidar que muchos de los varones involucrados en estos casos tienen 20 años o más de edad. Ello está más relacionado con situaciones de abuso sexual que tendrían que manejarse con el componente seis de la estrategia: atención a la violencia de género.

El subcomponente de habilidades para la vida es un acierto en cuanto a la producción de algunos materiales; pero adolece de algunas limitaciones importantes en la práctica.

- La primera: en realidad reduce las habilidades para la vida a un contenido temático y no las incorpora plenamente como un eje transversal que deba ser considerado en todas las acciones de todas las instituciones.

- La segunda: el marco lógico de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes señala a la Secretaría de Educación como la instancia pertinente para desarrollar acciones en este sentido, pese a que dicha institución ha estado poco involucrada en la estrategia, con excepción del caso de Jalisco.

Una limitación más consiste en que tanto gobierno como sociedad civil tienden a romantizar la noción de *empoderamiento y formación ciudadana*; por ello, con frecuencia soslayan la importancia de fortalecer el desarrollo de habilidades para la vida. Se posiciona un discurso acerca del ejercicio de los derechos, en detrimento de empujar procesos personales que conducen a la toma de decisiones sobre la prevención.

Ello implicaría dejar de considerar la ciudadanía sexual como el acceso a ciertos derechos y entenderla como un proceso de involucramiento activo de las y los adolescentes en la reflexión sobre sus propias necesidades y toma de decisiones.

El subcomponente enfocado a que las y los adolescentes continúen estudiando se basa en el hecho de que se establece una relación entre escolaridad y prevención de embarazo. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2014 reporta que el porcentaje de mujeres que utilizaron algún método en su primera relación sexual fue de 4.1% en mujeres sin escolaridad; 7.7% entre aquellas con primaria incompleta; 13.1% en las que terminaron primaria; y 41.7% entre quienes cuentan con secundaria terminada (Consejo Nacional de Población, 2016: 60).

Por eso en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes se considera que muchos comportamientos de riesgo para embarazo no resultan de desinformación o actitudes hacia la sexualidad. Se trata de la falta de un proyecto de desarrollo académico debido a la falta de oportunidades educativas, así como a la falta de referentes de identificación que permitan que las mujeres visualicen un proyecto de vida alternativo: no sólo llegar a ser madre-esposas.

Sin embargo, en la práctica no se observa un involucramiento claro de las instituciones que pueden abrir las oportunidades laborales.

Asimismo, predominan distintas prácticas en las instituciones educativas que relegan a las mujeres al papel de madre y esposa.

Con frecuencia la falta de oportunidades educativas y laborales ocasionan que algunas mujeres adolescentes consideren que el siguiente paso en su proyecto de vida sea formar “una familia” y no tengan un proyecto escolar ni profesional. De hecho, en Ciudad de México una profesional de la salud comentó que atendió a unas adolescentes que estaban diagnosticadas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, un problema de conducta y de aprendizaje que les dificultaría llegar a estudiar más allá de la educación secundaria.

Las adolescentes le habían dicho que “lo único que ellas esperaban era encontrarse un hombre para unirse con él como pareja para que las mantuviera”. De esta manera, la falta de oportunidades hace que las mujeres vean la formación de una familia y asumir el rol de madre y esposa como un modo de asegurar su supervivencia.

He podido identificar uno de los problemas: no se dispone de apoyos suficientes para que las adolescentes construyan una autonomía económica después del embarazo. Si bien en las secundarias resulta menos común que las segreguen para que no “impongan moda”, en las universidades no cuentan con mecanismos para garantizar su derecho a continuar estudiando, puesto que no disponen de apoyos para la regularización académica ni de normas que les permitan ausentarse durante el parto y puerperio, sin perder derecho a acreditar los siguientes cursos.

Dicha situación reduce las posibilidades de continuar estudiando y aspirar al desarrollo profesional o a un trabajo calificado, lo cual fomenta la dependencia respecto a sus parejas y familias. Esta dificultad para concluir una educación básica o profesional opera como un mecanismo social que mantiene los roles tradicionales y las desigualdades de género.

Dicha exclusión educativa para estas mujeres es una especie de castigo por haber tenido relaciones sexuales desprotegidas y haberse embarazado; a la vez, mantiene a las mujeres en el rezago educativo,

fuera del ámbito profesional y con menor autonomía económica que los hombres. Además la dependencia económica se convierte en una condición que dificulta a las mujeres salir de relaciones en las que no desean permanecer, incluso cuando hay violencia en su contra.

#### EL ENTORNO HABILITANTE Y LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Uno de los factores más importantes que genera prácticas sexuales desprotegidas es la falta de apoyo por parte de padres y madres de familia. Con frecuencia las personas adultas prefieren que sus hijas no usen anticonceptivos porque piensan que eso significa darles autorización de que vivan una vida sexual más liberal, de manera que las presionan para que no los usen.

El profesorado y personal de salud comenta que algunas familias temen que las adolescentes “pierdan el control y tengan relaciones sexuales con más de una persona”. Una madre señaló: “Si le permitimos el uso de anticonceptivos, va a tener relaciones con uno y con otro” (grupo focal con personal de Salud de Jalisco, 2018).

Tales actitudes constituyen un mecanismo que pretende mantener un orden sexual basado en la regulación de la sexualidad por encima del bienestar de las o los sujetos; particularmente de las mujeres, para quienes se fomenta la visión de que el embarazo es destino, proyecto y castigo por tener prácticas que rompen la norma. Ello también contribuye a que se mantenga el orden de género tradicional en el que la mujer cumple el papel de madre y esposa, pero niega su erotismo.

Por otro lado, muchas familias evaden la responsabilidad de colaborar en que sus hijas e hijos perciban riesgos o establezcan habilidades para mantenerse en el autocuidado. En el ejercicio de su sexualidad, las y los adolescentes viven una especie de abandono por parte de sus familias. Por ser vista como algo clandestino y vivida en soledad, no se propicia una reflexión acerca de las consecuencias negativas que han dejado en las generaciones anteriores los embarazos en adolescentes —sobre todo los no planeados—. Asimismo, la falta

de comunicación al respecto facilita que esas situaciones se repitan en la nueva generación.

En algunos grupos de las ciudades en las que hemos impartido capacitación, se comentó que las y los adolescentes romantizan el embarazo temprano y no toman en cuenta las renunciaciones que implica en lo económico y en el proyecto de vida, así como los costos que trae consigo para su salud. Se planteó que sería de gran utilidad sostener diálogos intergeneracionales que guíen hacia lograr una mejor conciencia de riesgo, toma de decisiones y proyecto de vida.

Una joven que se sentía presionada por el novio para tener relaciones sexuales, al querer hablarlo con su mamá fue rechazada, así que decidió tener relaciones con su novio quedando embarazada (caso comentado en taller para docentes en Estado de México, 20 septiembre, 2018).

Una jovencita muy liberal, que no se comunicaba con sus padres, perdió el conteo de su menstruación y también quedó embarazada (entrevista a personal de educación, Estado de México, 27 septiembre, 2018).

Profesorado del Estado de México refiere que en algunas comunidades marginadas el embarazo en adolescentes es percibido con naturalidad, debido a que de todas maneras hay poco acceso a oportunidades educativas y laborales; además, se le considera una señal para que los padres se sientan libres de responsabilidad sobre sus hijos adolescentes y les permitan hacer su vida —lo cual parecería muy positivo—. Sin embargo, en la realidad en el país no hay acceso a trabajo para menores de edad, a menos que se trate de espacios informales.

Una adolescente dejó de acudir a la escuela [*bachillerato*]. El personal escolar fue a la casa y la madre le informó que la adolescente ya se había ido a vivir con el novio (docente de bachillerato en comunidad rural del Estado de México, septiembre, 2018).



El papel de las familias no sería tanto la regulación y la vigilancia como entablar comunicación cuando las o los adolescentes necesiten orientación para tomar alguna decisión de importancia. Un aspecto fundamental es la falta de diálogo respecto a las dificultades económicas que representa la paternidad y la maternidad, así como la falta de referentes de identificación que hayan tenido proyectos de vida que trasciendan la paternidad o maternidad.

Por otro lado, la violencia contra las mujeres se ha naturalizado. No se ha difundido una crítica clara ante situaciones como el hecho de relacionarse sexualmente con mujeres menores de edad. Incluso las adolescentes que viven abuso sexual en sus hogares, ven el embarazo como una salida, aun cuando ésta sea con otra persona adulta.

Al respecto, el Sistema de Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes documentó 11 808 nacimientos de madres menores de 15 años durante 2016; en 70% de esos casos, se embarazaron de hombres mayores de edad (Notimex, 2018).

La cultura del amor romántico ha generado que las adolescentes romanticen las relaciones sostenidas con adultos, los cuales muchas veces no reconocen que dichas relaciones son violentas e ilegales. De igual manera, se ha naturalizado el hecho de que los jóvenes tengan relaciones sexuales con las mujeres cuando ellas se encuentran bajo los efectos de alcohol, drogas (o los dos), lo cual debería considerarse una manera de violencia sexual.

Se requiere dejar de dirigir los mensajes sólo a las víctimas. No se dispone de materiales dirigidos a los hombres cuyo mensaje se enfoque a disuadirlos de que incurran en este tipo de violencias.

Se ha identificado que persiste conflicto para aplicar las interrupciones legales de embarazo en casos de violación, como lo marca la Norma Oficial Mexicana de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres (NOM-046-SSA2-2005). Se trata de un tema aún sensible. En las capacitaciones a personal de salud y educación, hubo personas que mostraron preocupación. De hecho, una maestra estaba sorprendida de que pudieran aplicarse interrupciones de embarazo a menores de edad sin el consentimiento de los padres.

No sólo se trata de una posición en contra del aborto, sino de una dificultad para entender que la interrupción del embarazo es legal en casos de violación, sin necesidad de recurrir a una orden judicial.

Este hecho nos muestra que el proceso de secularización ha ido permitiendo que unos temas sean asimilados por las políticas públicas; sin embargo, otros no avanzan debido a las barreras culturales. Tanto en Jalisco como en el Estado de México, durante los procesos de capacitación se contaba con algunos profesionales de la salud que trabajaban en los servicios amigables para adolescentes; no obstante, se oponían a los derechos sexuales y reproductivos. Además, apoyaban el discurso de grupos conservadores que argumentan que el Estado se encuentra imponiendo una “ideología de género”.

Lo anterior significa que las instituciones requieren aplicar mejores filtros para seleccionar a su personal y de tal modo garantizar la laicidad de sus políticas, en esta época de tensiones culturales en torno a los derechos sexuales.

## CONCLUSIONES

Vivimos una época de tensiones culturales entre el deseo de disminuir los embarazos en adolescentes y el miedo social de que tanto la educación sexual como el acceso a los anticonceptivos puedan cambiar el orden sexual. Es un desafío que se requiere atender mediante ejercicios de formación y capacitación a personal de salud, con el propósito de defender tanto la educación laica como los derechos sexuales de jóvenes y adolescentes.

Esas tensiones se han recrudecido recientemente como resultado del posicionamiento de grupos católicos y evangélicos en contra de la educación sexual. Asimismo, el Estado no ha asumido una postura clara, ni ha implementado acciones de educación y formación orientadas al personal de las instituciones de manera que puedan conocer argumentos basados en la ciencia, los derechos humanos y el interés superior de la niñez. Se requiere formular estrategias para hacer frente al debate que se libra en el contexto escolar.

Los roles tradicionales de género representan una barrera para la prevención del embarazo, porque la maternidad sigue siendo una vía por la que algunas adolescentes acceden al reconocimiento social, salen de hogares donde viven violencia; o incluso siguen un proyecto de vida ante la falta de oportunidades educativas y laborales.

Tales estereotipos que representan riesgos de embarazo en los adolescentes son producto del orden de género y —a la vez— lo reproducen en sus dimensiones de división sexual del trabajo, desigualdad de poder entre los géneros y una regulación diferenciada de la sexualidad y la afectividad. Se requiere visibilizar nuevos referentes; asimismo, ampliar las oportunidades tanto educativas como laborales para que las adolescentes contemplen nuevas alternativas de proyecto de vida.

El hecho de que las mujeres construyan sus relaciones erótico-afectivas desde la perspectiva poco realista de amor romántico es un mecanismo que sostiene el sistema social de género; por ello, en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes ha resultado fundamental el liderazgo de los institutos de las mujeres. Sin embargo, se requiere construir materiales tanto educativos como de comunicación para trabajar el tema, materiales dirigidos a hombres, al igual que a padres y madres de familia.

Resulta indispensable tener intervenciones que fomenten un cambio en la construcción de género de los hombres respecto a la paternidad, el ejercicio de la sexualidad libre de violencia, y la corresponsabilidad en la prevención del embarazo. De otra manera, seguirá habiendo esfuerzos a medias. Si un porcentaje importante de adolescentes se embaraza de hombres adultos, resulta difícil pensar que ellas tomen decisiones acertadas y autónomas.

Los materiales educativos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes constituyen un importante recurso que debe ser aprovechado: difundirse, evaluarse y enriquecerse con nuevos materiales que cubran temas pendientes, como la corresponsabilidad de los varones o la prevención de la violencia.

Es necesario un trabajo organizacional y argumentativo que permita articular a las instituciones que no se han involucrado lo

suficiente, como la Secretaría de Educación, la Secretaría del Trabajo, o el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), instancia que podría tener alcance hacia las comunidades no escolarizadas.

Falta que el trabajo de articulación interinstitucional pase de la colaboración basada en la suma de actores y se avance hacia la formación más integral de quienes se involucran en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Ello implicaría que se pueda trabajar una prevención integral que incluya el VIH, el embarazo, la violencia y la salud, así como el bienestar en la sexualidad.

No se trata de que las instituciones se dividan los temas, sino de que apliquen enfoques integrales como el que se ha observado en la producción de algunos de los materiales educativos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Es necesario analizar de manera crítica el alcance que pudiera lograr la incorporación de una perspectiva de género y de derechos sexuales. Ello traería consigo hacer reflexiones profundas acerca de las maneras como el campo médico ejerce poder sobre las adolescentes, al igual que sobre las limitaciones de las que adolecen los métodos anticonceptivos que se utilizan, con los cuales se pretende sustituir un proceso de formación ciudadana y de toma de conciencia en las y los adolescentes.

Finalmente, faltaría seguir investigando acerca de las barreras personales y culturales que dificultan la prevención del embarazo en adolescentes en contextos concretos como las escuelas y los servicios de salud, así como sobre la eficacia que logran las intervenciones que se realizan en el país.

## BIBLIOGRAFÍA

Amuchástegui, Ana (2007). "Ética, deseo y masculinidad: la difícil relación entre lo sexual y lo reproductivo". En *Sucedo que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, coordinado por Ana Amuchástegui e Ivonne Szasz, 121-140. México: El Colegio de México.

- Bourdieu, Pierre (1990). "La 'juventud' no es más que una palabra". En *Sociología y cultura*, compilado por Pierre Bourdieu, 163-173. Colección Los Noventa. México: Grijalbo-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Butler, Judith (2014). *Mecanismos psíquicos del poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Connell, Robert W. (1997). "La organización social de la masculinidad". En *Masculinidad/es, poder y crisis*, editado por Teresa Valdés y José Olavarría, 31-48. Santiago de Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Isis Internacional.
- Consejo Nacional de Población (2016). "Situación de la Salud Sexual y Reproductiva". México: Consejo Nacional de Población. Disponible en línea: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf) [Consulta: 3 de noviembre, 2020].
- Díaz Camarena, Armando Javier (2008). *Hombres, conciencia y encuentros: modelo psicoeducativo para la salud integral de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (hsh)*. 2a. ed. México: Centro de la Diversidad y los Derechos Sexuales/Grupo Diversidad Sexual/Colectivo Diversiless/Derechos Sexuales/Hombres para la Salud de los Hombres/Familias Diversas.
- Díaz Camarena, Armando Javier (2013). "Actores y discursos en la contienda por la educación sexual". Tesis doctoral. México: El Colegio de México.
- Díaz Camarena, Armando Javier (2017). "La contienda por los contenidos de educación sexual: repertorios discursivos y políticos utilizados por actores en México a inicios del siglo XXI". *Debate Feminista* 53 (mayo): 70-88.
- Erikson, Erik H. (1991). *Sociedad y adolescencia*. Colección Psicología y Etología. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (1970). *El orden del discurso*. Colección Fábula, 126. Madrid: Tusquets Editores.
- Foucault, Michel (1984). *Historia de la sexualidad*. Vol. 2: *El uso de los placeres*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (1988). "El sujeto y el poder". *Revista Mexicana de Sociología* 50, núm. 3 (julio-septiembre): 3-20.
- Foucault, Michel (2007). *Historia de la sexualidad*. Vol. 1: *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2010). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores.
- Gobierno de la República (2015). "Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes". México: Gobierno de la República. Disponible en línea: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf) [Consulta: 3 de noviembre, 2020].

- Instituto Nacional de Salud Pública (2015). “Estudio sobre la prevención del embarazo en adolescentes desde las masculinidades. Informe final”. México: Instituto Nacional de la Salud Pública. Disponible en línea: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/Estudio-ENAPEA.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Estudio-ENAPEA.pdf) [Consulta: 3 de noviembre, 2020].
- Lagarde, Marcela (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Colección Posgrado, 8. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- López Sánchez, Félix (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Reelaboración de “Cómo planear mi vida”*. Colección Salud y Sociedad. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Mora Salas, Minor, y Orlandina de Oliveira (2012). “Vicisitudes de la inclusión laboral en los albores del Siglo XXI: trayectorias ocupacionales y desigualdades sociales entre jóvenes profesionistas mexicanos”. *Estudios Sociológicos* 30, núm. 88 (enero-abril): 3-43. El Colegio de México.
- Millett, Kate (2017). *Política sexual*. Valencia: Ediciones Cátedra.
- Notimex (2018). “Violencia, factor principal del embarazo infantil en México”. *Excelsior*. Nacional, 11 de julio. Disponible en línea: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/violencia-factor-principal-del-embarazo-infantil-en-mexico/1251650> [Consulta: 3 de noviembre, 2020].
- Openhayn, Martín. (2007). “La juventud latinoamericana: tensión, participación y violencia”. Conferencia impartida como parte de la Cátedra Latinoamericana “Julio Cortázar”, en el Paraninfo “Enrique Díaz de León”, México: Universidad de Guadalajara, 1 de junio. Disponible en línea: <http://www.jcortazar.udg.mx/sites/default/files/Hopenhayn.pdf> [Consulta: 3 de noviembre, 2020].
- Papalia, Diane E.; Ruth Duskin Fieldman; y Gabriela Martorell (2013). *Desarrollo humano*. Colección McGraw-Hill Education. México: McGraw Hill/ Interamericana de España.
- Piaget, Jean (1985). *Seis estudios de psicología*. México: Planeta.
- Scott, Joan W. (1990). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, compilado por James S. Amelang y Mary Nash, 23-58. Colección Estudios Universitarios, 38. Valencia: Edicions Alfons El Magnànim, Institutio Valenciana d’Estudis i Investigació.
- Stern, Claudio (2012). *El “problema” del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*. México: El Colegio de México.
- Vygotski, Lev S. (1978). “Instrumento y símbolo en el desarrollo del niño”. En *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, de Lev S. Vygotski, 39-40. Barcelona: Editorial Crítica/Grupo editorial Grijalbo.

# Un paso atrás, dos adelante

## las luchas lésbico, *gay*, bisexual, trans, y el ascenso del neoliberalismo

*Mauricio List Reyes*

### INTRODUCCIÓN

En el último tercio del siglo xx, en nuestro continente, fueron adquiriendo fuerza los movimientos que pugnaban por los derechos de los sectores lésbico, *gay*, bisexual y trans, en el marco de las luchas por el reconocimiento de derechos civiles y políticos que estaban librándose en el nivel internacional, y que tuvieron efectos en otros sectores caracterizados por clase, raza y edad, por mencionar sólo algunos.

Esos movimientos tuvieron que hacer frente a dos grandes retos que impactaron a nivel global: el ascenso del neoconservadurismo y la crisis del sida.

Como lo ha señalado Jeffrey Weeks (1993), para el neoconservadurismo los años sesenta representan el colapso moral de Occidente, que se aprecia en el relajamiento de la conducta sexual que tuvo como corolario la emergencia del sida. No obstante, también es importante señalar que *esa conducta sexual* respondió a otras transformaciones sociales y culturales, como el ascenso de las luchas feministas de la segunda ola, y —por otro lado— a lo que algunos autores denominaron la *revolución sexual* de los años sesenta.

En tal sentido, la denominación *colapso moral* que señala Weeks, tiene que ver con la serie de eventos que incluyeron la comercialización de la píldora anticonceptiva, la cual abrió un nuevo horizonte

para la sexualidad femenina. También tiene que ver con la puesta en cuestionamiento a viejos valores como la virginidad, la castidad, la monogamia, incluso el matrimonio y la familia, pues representaban un modelo fuertemente jerarquizado en términos de género, autoritario y normativo que para muchos jóvenes de la época resultaba caduco.

El desarrollo de conferencias sobre población y sobre la mujer en el plano internacional, estaban poniendo igualmente en cuestión un orden social patriarcal y misógino. Ello no sin la oposición abierta de gobiernos e iglesias que veían el riesgo de ir perdiendo el control social de los cuerpos de las mujeres, en este caso.

Así, en los años ochenta —por ejemplo— el gobierno estadounidense condicionó los financiamientos a agencias internacionales a la promoción de la abstinencia como método eficaz de prevención de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Aun con la crisis que supone el ascenso de gobiernos de extrema derecha (como en Brasil), es claro que los avances obtenidos hasta ahora en el nivel internacional representan una relativa contención ante los embates que seguramente habrá contra toda forma de disidencia sexual y de género en ese país.

Ya lo decía David William Foster en alguna conferencia: es un hecho que la mayor visibilización de los sujetos lésbico, *gay*, bisexual y trans en América Latina ha traído consigo el crecimiento de la violencia por odio; no obstante, a pesar de que —a fin de cuentas— se deba hacer uso de un *clóset estratégico*, ello no supondrá la eliminación de los sujetos, así como tampoco de sus demandas por el reconocimiento de derechos.

Lo que quiero mostrar en el presente texto es una revisión somera del ascenso del neoliberalismo en los años setenta, junto con un crecimiento del neoconservadurismo, al igual que las consecuencias que ello trajo consigo en la lucha por el reconocimiento de derechos y en la que se libró contra el sida en la región.

Después de la revisión bibliográfica que he podido realizar acerca del periodo mencionado, considero necesario poner en relación los as-



pectos económicos, políticos y sexuales para ampliar la comprensión de los avances y retrocesos que en la actualidad podemos identificar, y que —de alguna manera— han definido la agenda de los movimientos de disidencia sexual y de género en la región.

Dada la extensión de este trabajo, necesariamente se trata de una mirada parcial del final de la década de los setenta y el principio de los ochenta; sin embargo, intenta mostrar la complejidad de los mencionados procesos.

En ese sentido, considero que proponer el análisis de esa complejidad puede aportar algunos elementos para comprender por qué —pese a que se han generado estrategias a nivel global para la contención de la pandemia que desde el siglo pasado se reconoció que afecta a los sujetos independientemente de sexo, edad, género, orientación sexual, clase social, y otros— persisten las resistencias para generar acciones más efectivas por parte de muchos gobiernos nacionales en su prevención y atención, así como el papel que intereses políticos y económicos han operado en ello.

## EL MUNDO ACELERÓ LOS CAMBIOS

Desde los años setenta del siglo xx se hizo evidente el rápido ascenso del neoliberalismo en las grandes potencias, así como sus repercusiones en el nivel global, en contestación a las crisis económicas recientes frente a las que se estimaba que se requerían respuestas distintas de las operadas hasta ese momento.

Las propuestas que empezaron a implementarse poco tenían que ver con el modelo keynesiano que había dominado hasta ese momento. Así, el discurso neoliberal ganaba terreno rápidamente, a contracorriente de las normas aplicadas en Occidente. Una de las ideas que habían dominado en esas economías era abatir el desempleo con el propósito de mantenerlo en mínimos, pues se le consideraba un indicador negativo para la economía.

No obstante, las nuevas propuestas señalaban la necesidad de controlar la inflación sin importar demasiado los niveles de desocupación.

De hecho, una idea que iba ganando terreno era que los sindicatos eran agentes que debían ser controlados, y que muchas de las regulaciones prevalecientes para las empresas debían ser desmontadas, pues se consideraban perjudiciales para el crecimiento económico. David Harvey afirma en ese sentido:

El neoliberalismo es, ante todo, una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libertad de comercio (2007: 6).

Ello tuvo consecuencias en el plano social que impactaron en el nivel global. Para el autor, por ejemplo, trajo consigo la disolución de las formas de solidaridad social, en favor de un individualismo cada vez mayor.

Resulta importante señalar que la implementación de esas diversas acciones se llevó a cabo de manera diferenciada en los países que fueron asumiendo el nuevo modelo. Gran Bretaña y Estados Unidos —pese a ser los que más visiblemente plantearon la necesidad de hacer ajustes en su interior— no fueron ni los primeros ni los únicos en emplear dicho modelo económico, que rápidamente fue retomado por múltiples países, entre los que hay que contar a varios latinoamericanos.

Para el caso mexicano, es importante señalar que desde finales de la década de los años setenta ocurrió una serie de transformaciones muy importantes en diversos ámbitos políticos, económicos y sociales; entre ellos habría que destacar la privatización de un gran número de empresas estatales. Lo que subyacía a dichos procesos era un paulatino desmantelamiento del Estado de bienestar, de acuerdo con las líneas trazadas por el nuevo modelo económico.

Particularmente importante para los intereses de este capítulo, resultan los efectos que ello trajo consigo, sobre todo en el ámbito de

la salud pública. Pese a que es posible observar diversos aspectos, me interesa detenerme especialmente en la manera como se fue transformando tanto el sistema de salud como la industria farmacéutica, para avanzar en la comprensión de la respuesta inicial que se dio a la crisis del sida.

De acuerdo con Brachet-Márquez, el régimen salinista combinó el liberalismo económico con el asistencialismo social. En la práctica eso se tradujo en que se canalizaron los servicios de salud a las clases más desfavorecidas, siguiendo el esquema del programa IMSS Coplamar. Para el resto de los sectores, la estrategia fue un proceso de paulatina privatización de los servicios de salud.

Por un lado, ello condujo a generar estrategias de atención a la salud de poblaciones mayoritariamente rurales; por otro, a descentralizar dichos servicios e incorporar la participación de las entidades federativas en la responsabilidad de atención a la salud de esas poblaciones.<sup>1</sup>

Marcia Angell (2006) explica cómo entre 1960 y 1980 la industria farmacéutica mantuvo estables sus ventas. No obstante, en los siguientes 20 años (1980-2000) se triplicaron, y se posicionaron como una de las industrias más lucrativas de Estados Unidos. Con el gobierno de Ronald Reagan se hicieron modificaciones legislativas que permitieron que las universidades que se dedicaban a la investigación médica y farmacológica, pudieran establecer sus propias patentes, al igual que comercializarlas.

Ello permitió que la investigación científica (financiada con recursos públicos) generara ganancias a la industria (que ya no tendría que invertir en investigación) y a los médicos, así como a otros científicos relacionados con ella. A lo anterior se sumaron las estrategias legales y jurídicas que han permitido extender las patentes de los medicamentos durante largos periodos de tiempo y de tal modo evitar el

<sup>1</sup> Para una mejor comprensión de este proceso, resulta útil revisar las consideraciones que el gobierno federal hizo para fundamentar el Decreto por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS-COPLAMAR. 24 de junio, 1985. Disponible en línea: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4742477&fecha=24/06/1985](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4742477&fecha=24/06/1985) [Consulta: 14 de septiembre, 2018].

surgimiento de medicamentos genéricos que pudieran afectar los niveles de ganancias en la industria.

No es casual que en México el *boom* de las empresas dedicadas a la atención de la salud se haya dado entre mediados de la década de los ochenta y mediados de la de los noventa, cuando se hablaba de la “crisis de los servicios públicos de salud”, en un proceso que llevó a finales de milenio a una paulatina privatización de dichos servicios. Brachet-Márquez describe la dinámica del presupuesto federal de México en esa década:

El gasto en salud, que en comparación con otros países de América Latina nunca había sido muy alto, bajó todavía más: del 0,4% del PIB en 1980 a 0,1% en 1983, para luego volver a subir a su nivel anterior para 1986 (Comisión Económica para América Latina/Organización de las Naciones Unidas, 1991). Es conocido que durante todo ese periodo las instituciones de salud de México sufrieron una baja muy considerable en el nivel real de los salarios (como en los demás sectores), y un grave deterioro en el equipamiento (2007: 295).<sup>2</sup>

La autora plantea que desde la década de los años setenta se venía dando una serie de crisis económicas en el nivel global que estaban golpeando fuertemente a los países latinoamericanos. Sobre todo en México, habían dejado secuelas importantes, además del mal manejo que los gobiernos habían aplicado a dicha problemática.

Brachet-Márquez señala que en la década de los ochenta los rescates que los organismos internacionales hicieron de diversas economías, causaron que ellas perdieran autonomía en materia de políticas públicas, particularmente en las de salud. Así fue como recibieron “sugerencias” —en otros casos, condiciones— para recibir préstamos. Ello supuso en algunos casos adelgazar y eficientar el

<sup>2</sup> Por su parte, Cuauhtémoc Valdés Olmedo señala en otro trabajo (1988) una tendencia igualmente decreciente entre 1978 y 1987, cuando se pasó de 2.24% del PIB a 1.83 en el presupuesto destinado a la salud.

Estado; en otros, reorganizar los servicios públicos. Parte del problema que ello representó fue que no se reconoció que se trataba de acciones inequitativas para la población. Indica la autora:

En el caso de la salud, la perspectiva neoliberal en estas propuestas hace evidente en sus premisas que debe desarrollarse como actividad privada [...]. En esta perspectiva, la salud pública se reduce a focalizar servicios esenciales de bajo costo [...] a las poblaciones de ingresos bajos [...] considerados estos no como derechos sino como concesiones o instrumentos de políticas de combate a la pobreza (*Op. cit.*: 26).

Entre las estrategias que se siguieron, se planteó al interior de los países la descentralización de los servicios de salud —tal como se hizo en México—, con el discurso de hacer más eficiente y menos centralista la atención a la salud. Sin embargo —nos recuerda la autora—, ello no se hizo otorgando mayores recursos a los estados ni generando espacios institucionales que permitieran hacer eficiente la atención en esa nueva estructura.

Asimismo, en tales análisis no suele tomarse en cuenta que se trata de un proceso desarrollado en contextos de crisis que —de igual manera— limitó la existencia de recursos presupuestales para su ejecución. Más bien, la tendencia ha sido culpar a los vicios prevalecientes dentro de la operación de las instituciones, a los malos resultados en que ello derivó.

La misma autora señala que la nueva organización de los servicios de salud tomó como fundamento para operar, una visión de costo-beneficio establecida por el Banco Mundial, sin tomar en cuenta las necesidades reales de la población.

Es necesario señalar que —en lo económico— el neoliberalismo trajo consigo el neoconservadurismo en lo político, y que se trata de procesos que operan de manera simultánea. De acuerdo con Contreras:

La nueva reforma del Estado conservó intactas las instituciones y las relaciones políticas tradicionales, y reforzó la concentración del poder

político y económico. Buscó despolitizar a la sociedad y, en general, desarticular las fuerzas sociales y políticas que podían ser un obstáculo para el funcionamiento del mercado. A diferencia de lo que debiera ser una reforma de carácter liberal, la reforma conservadora del Estado no favoreció las políticas de distribución de poder en la sociedad. Por el contrario, disminuyó los espacios de participación, transformó las decisiones políticas en decisiones técnicas y disoció así los aspectos políticos de los problemas sociales (Contreras Osorio, 2006: 25).

El planteamiento es que durante las décadas de los sesenta y setenta se había dado un desarrollo de las demandas de las poblaciones por una serie de servicios y reconocimiento de derechos que el Estado debía otorgar, producto de una mayor politización de la sociedad. Dicho argumento afirmaba que la privatización de las instituciones del Estado llevaría tales demandas a un contexto totalmente distinto, al ubicarlas bajo la lógica del mercado.

Lo anterior —a su vez— permitiría una mayor estabilidad política al perder presión sobre el Estado. Al mismo tiempo, trasladó la responsabilidad a los consumidores. Nuevamente, esto se puede observar en el ámbito de la salud.

En la medida en que se fueron privatizando los servicios médicos, la responsabilidad por el cuidado de la salud se transfirió a los ciudadanos. Un ejemplo especialmente claro es el de la evolución que tuvo la atención al VIH.

Desde inicios de la pandemia, las escasas campañas de prevención se enfocaron de manera importante en situar la responsabilidad en la prevención y en el cuidado en el sujeto diagnosticado. El ejercicio *irresponsable* de la sexualidad traía como consecuencia la infección por este virus; asimismo, desatender las indicaciones médicas podía llevar incluso a la muerte. En cualquier caso, el Estado transfirió la responsabilidad a los sujetos.

## RECUPERANDO EL PUDOR Y LA DECENCIA EL ASCENSO DEL CONSERVADURISMO

Después de la segunda Guerra Mundial, el mundo estaba cambiando radicalmente en términos políticos, sociales, económicos y culturales, e intentaba distanciarse de las condiciones existentes previas a la guerra y durante el conflicto bélico. Quizás una de las más emblemáticas de esas transformaciones fue la firma en 1948 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Sin embargo, muchos otros cambios trascendentes llegarían en las siguientes décadas.

Particularmente, el tema de la sexualidad se enfrentó a la Iglesia católica. No es posible señalar cuál fue el más importante; sin embargo es claro que la comercialización de la píldora anticonceptiva en 1960 y la proclamación de la encíclica *Humanae Vitae*, de Paulo VI en 1968 en contra de los anticonceptivos, hicieron visible la dinámica del conservadurismo católico en Occidente.

No obstante, la oposición de la Iglesia católica a las transformaciones en el plano de la sexualidad abarcaba otros temas igualmente sensibles y que mantienen vigente la tensión entre diversos sectores sociales con la jerarquía católica, pero igualmente con gobiernos conservadores que intentan revertir los avances logrados en las últimas décadas.

Anticoncepción, aborto, orientaciones sexuales, identidades de género, inserción de la mujer en diversos contextos públicos y privados, son algunos de los temas que han estado en el debate internacional y sobre los que diversos gobiernos se han pronunciado. Así, por ejemplo, en 1975 se realizó la conferencia mundial con motivo del Año Internacional de la Mujer en México.

Ello a su vez posicionó el tema que en último término llevaría a la aprobación en 1979, por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Tales avances claramente recibieron el rechazo de los sectores conservadores.

El 16 de octubre de 1978, Karol Józef Wojtyła fue nombrado papa de la Iglesia católica bajo el nombre de Juan Pablo II. A partir del 5 de septiembre de 1979 y hasta el 28 de noviembre de 1984, impartió 129 catequesis de lo que llamó una *Teología del cuerpo*, dedicada a la sexualidad humana, el significado del cuerpo, el celibato y el matrimonio a la luz tanto del Antiguo Testamento como del Nuevo. A dicha teología le seguiría una serie de alocuciones a lo largo de todo su pontificado, dedicado a estos temas que resultaban de su particular interés.

No obstante, tres aspectos fueron definitivos en dichos sermones: su oposición al divorcio, a los anticonceptivos y a la práctica homosexual, en los que insistió en sus más de 25 años de pontificado, como el que pronunció en 1979. En el documento “Alocución del Santo Padre Juan Pablo II a los Obispos de los Estados Unidos”, señala:

Describiendo la unión sexual entre marido y mujer como una expresión especial de su alianza de amor, habéis dicho justamente: “La relación sexual es un bien humano y moral solamente en el ámbito del matrimonio; fuera del matrimonio es inmoral”.

Como hombres que tienen “palabras de veracidad en el poder de Dios” (2 Cor 6, 7), como auténticos maestros de la ley de Dios y Pastores compasivos, habéis dicho también justamente: “El comportamiento homosexual [...] en cuanto diverso de la orientación homosexual, es moralmente deshonesto”. Con la claridad de esta verdad, habéis ejemplificado la efectiva caridad de Cristo; no habéis traicionado a aquellos a quienes, por razones de homosexualidad, se hallan frente a difíciles problemas morales, como hubiera sucedido si en nombre de la comprensión o por otros motivos, hubierais suscitado una falsa esperanza entre algún hermano o hermana. Más bien, con vuestro testimonio en favor de la verdad, de la humanidad según el plan de Dios, habéis manifestado realmente amor fraterno, alentando la verdadera dignidad, la verdadera dignidad humana de aquellos que miran a la Iglesia de Cristo por la norma que viene de la Palabra de Dios (Juan Pablo II, 1979).



Un aspecto en el que insistió —precisamente— fue que no estaba en contra de los sujetos homosexuales, sino en contra de sus actos. De hecho, en diversas ocasiones exhortó a que se les aceptara, siempre y cuando renunciaran a ellos. Como jefe de la Iglesia católica y carismático líder religioso, sus palabras tuvieron gran impacto en todo el orbe.

En el caso mexicano, el 28 de enero de 1992 se reformaron los artículos 30, 50, 24, 27, 130 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia religiosa relacionados con aspectos educativos, económicos y político-administrativos. Se estrechaban así los vínculos del gobierno federal con el Vaticano como parte de una serie de acciones que el régimen del presidente Carlos Salinas de Gortari llevó a efecto para la consolidación del neoliberalismo.

Quiero insistir en un punto: esas posiciones políticas conservadoras no estaban reñidas con una visión de la economía neoliberal. Por el contrario, ambas posiciones resultaban complementarias y funcionales a la nueva organización de Occidente. Un “nuevo” sistema de valores surgió a contracorriente de las reivindicaciones planteadas por los movimientos sociales.

Frente a las luchas por derechos sexuales y derechos reproductivos, surgieron nuevos discursos en favor del matrimonio heterosexual, la familia, los modelos normativos de género —entre otros— que operaron mediante un sinnúmero de medios y se transmitieron a nivel global.

En su encíclica *Centesimus annus* (1991), el pontífice en turno hizo explícita su postura contra el marxismo, la lucha de clases, y señaló la importancia del libre mercado:

Existe ciertamente una legítima esfera de autonomía de la actividad económica, donde no debe intervenir el Estado. A éste, sin embargo, le corresponde determinar el marco jurídico dentro del cual se desarrollan las relaciones económicas y salvaguardar así las condiciones fundamentales de una economía libre, que presupone una cierta igualdad entre las partes, no sea que una de ellas supere talmente en poder a la otra que la pueda reducir prácticamente a esclavitud (Juan Pablo II, 1991).

Habría que hacer hincapié en que en esos momentos la agenda vaticana no se limitaba a los aspectos morales en torno a la sexualidad, y no se podría considerar tampoco que los discursos conservadores sólo provenían de la jerarquía católica.

Un ejemplo fue el de Anita Bryant en 1978 con su campaña *Save our Children*; con ella se pretendía echar abajo una ordenanza que prohibía la discriminación por razones de orientación sexual en Florida. Por supuesto, era una acción visible y, al provenir de una conocida cantante de alto impacto en el contexto estadounidense, alentó diversas maneras de agresión contra quienes se sospechaba eran homosexuales.

Resulta ilustrativo el planteamiento de Carlos Cañequé respecto a lo que fue el ascenso del gobierno de Reagan, en un momento cuando Jimmy Carter no lograba convencer al electorado estadounidense frente a la crisis económica mundial en la década de los setenta.

A partir de 1975, junto a la primera campaña de Ronald Reagan, aparecieron una serie de organizaciones religiosas que reaccionaban contra los movimientos de liberación de la década anterior. [...] Las identificaciones de la Nueva Derecha Cristiana con el partido republicano han sido muy claras desde mediados de los setenta. Por ejemplo, Christian Voice se dedicó a relacionar a Carter con los derechos homosexuales. Carter había declarado que él no propugnaría la discriminación de nadie en base a su “orientación sexual”. En un anuncio televisivo, Christian Voice respondía a Carter haciendo aparecer a una mujer que decía: “Como madre cristiana que soy, desearía que mis hijos rezaran en el colegio. Yo no querría que a ellos se les enseñara que la homosexualidad y el aborto son perfectamente aceptables. Me desagradó comprobar que el presidente Carter discrepa de mí sobre estos temas. Como cristiana y como madre, yo votaré a Ronald Reagan, un hombre que protegerá los valores cristianos de las familias americanas”. Luego, como un estribillo que se repetía también en otros anuncios, se escuchaba: “Carter propugna la aceptación de la homosexualidad; Reagan propugna la familia cristiana” (2003).

Me parece que en ese momento tales cuestionamientos ganaban eficacia por el ambiente de descontento frente a la crisis económica causada por la elevación de los precios del petróleo por parte de la Organización de Países Exportadores de Petróleo, que estaba golpeando a las economías occidentales. Así, los republicanos capitalizaron ese descontento que —a la vez— sirvió para hacer frente a los escasos avances que se habían logrado en materia de reconocimiento de derechos.

Actores políticos importantes como Ronald Reagan y Margaret Thatcher —al frente de los gobiernos de Estados Unidos y Gran Bretaña, respectivamente— impulsaron sus agendas conservadoras.<sup>3</sup> Sus gobiernos (lo mismo que el del pontífice en turno) desaprobaban la homosexualidad. Como sabemos, ello tuvo un efecto pernicioso en la lucha contra el sida.

No es un secreto la lucha que tuvieron que librar los activistas en diversas regiones de los Estados Unidos dada la inacción del gobierno frente al rápido avance de la pandemia.

Vale la pena recuperar los señalamientos de Jürgen Habermas respecto de los neoconservadores cuando decía:

Los neoconservadores terminan señalando al adversario responsable de esa sobre excitación de los recursos culturales: la “nueva clase” de inte-

<sup>3</sup> El 24 de mayo de 1988 se publicó en Gran Bretaña la llamada Sección 28 del Acta Local Gubernamental. El documento mandataba que las autoridades locales no “promovieran la homosexualidad” intencionalmente ni publicaran material “con la intención de promover la homosexualidad”. Tampoco podían promover la enseñanza, en ninguna escuela pública, de que la homosexualidad era aceptable como una clase de relación familiar. Ese mismo año, la encuesta “Actitudes Sociales Británicas”, realizada por la agencia NatCen (la más grande en investigación social de la Gran Bretaña), reveló que 74% de los participantes creían que las relaciones homosexuales eran “siempre o casi siempre incorrectas”, incremento de 12% respecto de la encuesta previa de 1983. Para el escritor inglés Colin Clews, no parece que estos dos resultados fueran una coincidencia. Lo que sucedió, dice en su artículo “The Road to Section 28” [El camino hacia la Sección 28], fue que los conservadores y sus medios aliados explotaron y exacerbaron deliberadamente la homofobia para desacreditar a la oposición laborista. Además, lo hicieron plácidamente, a sabiendas de que la inmensa incomodidad del liderazgo laborista hacia los derechos de lesbianas y homosexuales evitaría cualquier desafío real (Letra S, 2018).

lectuales. Ellos liberan los contenidos explosivos de la cultura moderna en actitud negligente o intencional erigiéndose en defensores de una cultura que, desde el punto de vista de los requerimientos funcionales del Estado y la economía, es una “cultura enemiga”. Así, los intelectuales representan el blanco más evidente de la crítica neoconservadora: “La nueva clase y su cultura enemiga deben ser domadas o desterradas de todos los ambientes sensibles” (Steinfels) (Habermas, 1983: 29).

Lo que muestra el autor es cómo —desde el neoconservadurismo— se dio un enfrentamiento contra quienes ya se percibían como “enemigos”. Hay que recordar que durante las décadas previas surgieron una serie de movimientos que cuestionaron muchas de las políticas de los Estados Unidos, como las guerras de Corea y Vietnam; la operación “Cóndor” en Sudamérica; y las intervenciones en Medio Oriente y América Central —entre muchas otras— que convocaron a grandes sectores estadounidenses: entre otros, destacan los sectores de la juventud de dicho país.

En ese sentido, la agenda conservadora había venido acumulando una serie de temas que se consideraba indispensable que fueran atendidos desde el gobierno y —a la vez— otorgaba la posibilidad de que la economía funcionara de manera más independiente de las regulaciones gubernamentales.

Robert Nisbet (1995) plantea que pese a que el gobierno de Reagan fue aclamado como un triunfo del conservadurismo, la nueva derecha aún veía la necesidad de ir más allá de lo que ese gobierno planteaba, porque a fin de cuentas no iba lo bastante a fondo en los deseos de dicho sector. Ellos pretendían ir mucho más allá en términos políticos.

No obstante, también hay que señalar que los distintos actores de la derecha y la extrema derecha tenían cada uno sus propias expectativas y deseos, con los cuales Reagan iba a negociar en distintos momentos de sus ocho años de gestión al frente del gobierno.

Igualmente, Dubiel en su análisis del neoconservadurismo hace evidente hacia dónde se esperaba que avanzara ese gobierno conservador.

Los temas políticos, en los que se inician especialmente sus resentimientos, están relacionados con los ámbitos de la experiencia sensible a los valores culturales de la educación infantil, de la política escolar, del estatus de la mujer y de la familia, de la sexualidad y de la práctica religiosa (1993: 8).

Es decir, no se puede reconocer un único frente, o que sólo algunos temas resulten del interés de los conservadores. Por el contrario, hay una oposición a los avances en el reconocimiento de los derechos en general. Ello ha llevado a un enfrentamiento en el nivel internacional con quienes han venido impulsando el establecimiento de diversos tratados internacionales que de manera específica atiendan una serie de reclamos en materia de derechos humanos.

#### EL CAMINO HACIA LA VISIBILIDAD LÉSBICO, *GAY*, BISEXUAL Y TRANS

Además de los cambios señalados —experimentados en los años setenta—, estaban presentándose transformaciones en otras áreas; algunas, fundamentales para los sujetos lésbico, *gay*, bisexual y trans en América Latina. De manera más o menos simultánea, en diversos países fue construyéndose una incipiente organización que generó sus propios medios de difusión y fue creciendo en visibilización.

Suelen mencionarse los disturbios de Stonewall en Nueva York como ese punto de inicio del movimiento homosexual en el nivel internacional. Sin embargo, es un hecho que las acciones en muchos países (incluso en Estados Unidos mismo), precedieron a este acontecimiento. Cuando se alude a ese momento fundacional, en realidad a lo que se hace referencia es al evento que dio visibilidad a las acciones que muchos sujetos (organizados o no) venían desarrollando en varios países con diversas motivaciones y objetivos.

En el caso de América Latina, los procesos de lucha por el reconocimiento de derechos y de visibilización, tuvieron que superar sus propios retos que —regularmente— combinaban poder político,

militar y eclesiástico. Ello no sólo planteaba el peligro de ser agredido, extorsionado o encarcelado (como ocurría en Estados Unidos): el riesgo consistía en ser desaparecido o asesinado a manos del Estado.

Por supuesto que los hechos de Stonewall fueron fundamentales en el nivel internacional; principalmente en términos simbólicos: para evidenciar la viabilidad de la lucha organizada por el reconocimiento de derechos. No obstante, las estrategias de participación respondieron a las condiciones específicas de cada país y se desplegaron en función del alcance que se pretendía lograr con sus acciones.

Hay que considerar igualmente que —con movimiento homosexual o sin él— los sujetos estaban recorriendo las calles, estableciendo encuentros en los lugares más insospechados, transando con *otro* que en muchas ocasiones ni siquiera podía reconocerse a sí mismo como homosexual. La actividad en cines, parques, baños, seguía ocurriendo, a pesar de las redadas, extorsiones, persecuciones. . .

Durante mucho tiempo, la diferencia estribó en el nivel de riesgo y las posibilidades de lograr el encuentro sexual. Podemos observar parte de esa dinámica en el texto de Carrier que da algunas referencias para imaginar la socialidad homosexual en aquellos años:

En la época en que comencé mi estudio en Guadalajara (1969-1971), no había lugares de reunión exclusivos para hombres interesados en encuentros homosexuales. Los encuentros se iniciaban en cierta parte del lugar de reunión o a cierta hora, pero casi siempre se realizaban mientras proseguía la actividad regular del lugar (2001: 52).

Por supuesto, el malestar frente al acoso policial fue en aumento. Asimismo, el avance en el reconocimiento de derechos para algunos sectores sociales estimulaba la idea de que fuera un proceso que se generalizara y alcanzara a los sectores que sistemáticamente habían sido excluidos.

En una nota de 2009, Víctor Hugo Robles recordaba una de las primeras acciones de varias personas *trans* en Santiago de Chile:

Un domingo 22 de abril de 1973, aconteció la primera protesta de la diversidad en la historia de Chile. Eran los tiempos en que las protagonistas del histórico acto: *La Raquel*, *La Eva*, *La Larguero*, *La Romané*, *La José Caballo*, *La Vanesa*, *La Fresia Soto*, *La Confort*, *La Natacha*, *La Peggy Cordero* y *La Gitana*, se reunían a conversar en la Plaza de Armas de Santiago, buscando mejorar sus alocadas y proletarias vidas, imaginando un deseado e incierto porvenir.

El sorprendente hecho, efectuado por un grupo de travestis prostibulares jóvenes, marcó el inicio de las intensas luchas por la diversidad en Chile. Recibió el rechazo total de la prensa en una época convulsionada.

Hasta ese minuto en la Plaza de Armas de Santiago, los “maracos”, “yeguas sueltas”, “locas perdidas”, “mariposones”, “colipatos” —como les llamaba la prensa a los homosexuales del ayer— no aparecían organizados, ni emancipados en ninguna parte (Robles, 2009).

El sexo clandestino entre varones no desapareció con el paulatino establecimiento de bares, saunas y otros negocios dirigidos a esa población. En principio, por dos razones fundamentales: desde sus orígenes esa incipiente oferta estuvo dirigida principalmente a un sector de clase media que tenía recursos económicos para acceder a ella.

Además, ha quedado claro que hay un sector de varones que buscaban activamente —y siguen haciéndolo— el encuentro en sitios clandestinos, debido a la excitación que les producía la posibilidad de ser descubiertos, observados (o los dos), por la atracción que sentían por el tipo de parroquianos o —simplemente— por el gusto por esa clase de sitios y sus asistentes asiduos.

En ese sentido, hay que reconocer que en dichos procesos cada uno de los protagonistas perseguía intereses que no necesariamente eran semejantes: los empresarios encontraron un negocio lucrativo dirigido a un público que inicialmente era poco exigente, y que estaba dispuesto a desembolsar su dinero a cambio de diversión

medianamente segura. La clientela de tales sitios veía la posibilidad de encontrar espacios de socialidad “legal” donde no estuviera continuamente expuesta a la violencia y extorsiones policiacas, pese a que los servicios que recibieran fueran deplorables.

Durante mucho tiempo, un sector de homosexuales ha hecho críticas en contra de la comercialización y el consumo del sexo que tuvieron lugar en los años setenta. No obstante, me parece que esos espacios, los saunas que proliferaron en San Francisco (California) por ejemplo, o las discotecas y bares que fueron apareciendo en las grandes ciudades, también tuvieron un impacto en términos tanto socioculturales como políticos. En 1985 Jeffrey Weeks afirmaba:

Para los homosexuales, según se ha comentado, “los bares y las discotecas desempeñan el papel que en otros grupos corresponde a la familia y la iglesia”. Los bares, que han constituido una expresión única del modo de vida homosexual, estimularon una identidad que fue tanto pública como colectiva, y se han convertido en “germen de una conciencia colectiva que algún día florecerá como expresión política” (1993: 306).

Así, la posibilidad de generar espacios de socialidad que no fueran clandestinos permitía imaginar la existencia de una *comunidad* —otro término igualmente controvertido— en la que floreciera un lenguaje propio, verbal y no verbal, distintivo y que sirviera igualmente como seña de identidad.

En términos políticos —aunque resulte un tanto paradójico—, tales transformaciones también eran vistas como un modo de alcanzar el derecho a existir en sociedades que sistemáticamente se lo había negado. Retomando la fórmula de García Canclini: al ser consumidores, de alguna manera también se hacían ciudadanos.

Diversas razones (elegidas u obligadas) habían permitido a jóvenes homosexuales latinoamericanos conocer los procesos que se estaban operando en Europa y en Estados Unidos. Mabel Belucci —por ejemplo— resalta el impacto que tuvo la “militancia *gay* en Francia y Estados Unidos” en Carlos Jáuregui, primer presidente de la Comu-



nidad Homosexual Argentina (CHA). Ella lo estimuló a promover una movilización semejante en su propio país (Belucci, 2010).

Así que los imaginarios que fueron construyéndose en América Latina tomaron muchos de esos referentes como posibilidades que eran plausibles de concretarse en otras latitudes. Si en California se podía, era imaginable que también se diera en Rio de Janeiro, Buenos Aires o la Ciudad de México.

Desde tal punto de vista, el estímulo que ello creaba marcó una agenda inicial:

*¡En mi cama mando yo!*

*¡No hay libertad política si no hay libertad sexual!*

Corearon muchos homosexuales mexicanos al marchar y visibilizar su presencia en la capital del país. La consigna era lograr el reconocimiento a derechos sexuales en un momento en el que el conservadurismo igualmente iba en ascenso, en respuesta al avance en las luchas que diversos sectores habían protagonizado desde la década de los cincuenta y que habían logrado avances sustantivos.

A pesar de que en toda la región los gobiernos represivos prevalecían —muchos de ellos en modo de dictaduras—, poco a poco se iba haciendo visible la presencia de sujetos que salían del modelo heteronormativo. Xabier Lizarraga se lamenta de lo desarticulado del trabajo de las organizaciones mexicanas:

Después de una larga gestación, en 1978 la población civil y algunos partidos descubrieron la existencia de una organización de liberación homosexual: el Frente Homosexual de Acción Revolucionaria (FHAR) que se manifestaba políticamente en la calle. Casi simultáneamente, y sin conocimiento previo del FHAR, algunos rebeldes estructuraron otros grupos, tales como el Grupo Lambda de Liberación Homosexual, Lesbos y poco después Oikabeth [...]. El movimiento de liberación en México no sólo nació disperso, sino que permaneció así, autoengañándose con una infértil búsqueda de coordinación y cooperación mutua (2003: 162).

Lo que señala el autor es importante para comprender la manera como hasta la fecha se dan las relaciones entre los diversos grupos organizados que —dicho sea de paso— en muchos casos siguen encabezados por los mismos activistas iniciales. Es importante resaltar el hecho de que en México surgieron varias organizaciones: unas de lesbianas; otras de homosexuales; y otras mixtas, lo que contribuyó a dificultar el establecimiento de una agenda que satisficiera a todos ellos.

Diversos autores que han puesto su atención en la organización de los sectores lésbico, *gay*, bisexual y trans en América Latina muestran la complejidad de los procesos que se vivieron en los contextos nacionales y locales para intentar construir organizaciones que resultaran medianamente representativas de los distintos sectores que se encontraban luchando por el reconocimiento de los derechos lésbico, *gay*, bisexual y trans.

Sin embargo, no es posible entender dicho movimiento al margen de las acciones que venían desplegándose en los años setenta.

James N. Green afirma que en el caso brasileño una cierta apertura política “expandió el espacio de oportunidades disponible para la movilización de las mujeres, incluso cuando otras formas de protesta política fueron restringidas significativamente por la represión y censura del gobierno” (2000: 394).

Ese espacio de oportunidad igualmente fue aprovechado por los homosexuales en sus intentos de generar organizaciones propias, lo cual no resultó proceso sencillo, dado que en ese momento —igual que en otros países— prevalecía la intención de vincularse con los partidos de izquierda que —en muchos casos— consideraban la homosexualidad como “producto de la decadencia burguesa”.

Por un lado, la represión a los disidentes era una constante y, por otro, quienes se atrevían a desarrollar acciones en ese sentido no contaban con experiencia para hacerlo. En Chile —por ejemplo— una primera organización de corte católico: Betania —más que buscar el reconocimiento a los derechos— tenía por objetivo brindar apoyo espiritual a quienes se acercaban a ella, por lo cual incluso buscaron

la contribución de un sacerdote para que colaborara en su grupo (Contard, 2011).

#### LA VERDAD SOSPECHOSA

#### LA ENFERMEDAD DE LOS HOMOSEXUALES

Con dicho antecedente, los años ochenta fueron el escenario en el cual surgió la pandemia del sida que —sin duda— vino tanto a transformar como a trastornar particularmente la vida de los sujetos homosexuales, y de todas las personas lésbico, *gay*, bisexuales y trans, cuando su incipiente organización sirvió —en muchos casos— para enfrentar la enfermedad.

Néstor Perlongher (como muchos otros) en su momento, dudó frente a las noticias en torno a la enfermedad que se presentaba como mortal, pues claramente los gobiernos habían utilizado diversas estrategias para mantener condiciones tanto de represión como de exclusión hacia transgresores de todo tipo, especialmente a los transgresores sexuales. Y las noticias que llegaban desde Estados Unidos en plena presidencia de Ronald Reagan, hacían suponer a algunos una estrategia más orientada a la represión sexual.

Como muchos otros homosexuales en la época, el autor desconfiaba de las noticias que empezaron a circular a inicios de la década y se referían a una extraña enfermedad que estaba atacando principalmente a homosexuales, pero igualmente a heroinómanos, hemofílicos y haitianos: las 4 “h”. Parecía que el avance en la defensa de derechos de las personas que salen del modelo heterosexual estaba siendo atacado con una nueva estrategia que hacía necesaria una respuesta política contundente y evitar así el retroceso en su lucha.

Perlongher llegó a declarar: “La conmoción provocada por el sida parece un tanto desmesurada con relación a su incidencia estadística real” (1988: 10), pues consideraba que esa conmoción estaba más bien conectada con la percepción que prevalecía en torno a la sexualidad de los homosexuales.

Es importante, asimismo, señalar que la primera edición del texto de Perlongher es de 1987 en portugués. Lo que se sabía por medio de las noticias —muchas de ellas con tinte amarillista— era por lo tanto cuestionado o al menos tomado con cautela por buena parte de los activistas.

El hecho de que se hablara de la posibilidad de hacer pruebas de Virus de Inmunodeficiencia Humana entre la población, era visto por un lado como infructífero ante la ausencia de tratamientos o vacunas; por otro, se consideraba que terminaría siendo un negocio para las empresas que llevaran a cabo dichos procedimientos “inútiles”.

Un aspecto sobre el que se debatió en su momento tuvo que ver con la manera como se establecieron los llamados “grupos de riesgo”. Para algunos había la clara intención de culpar a los homosexuales y sus prácticas sexuales de la existencia de la enfermedad. Ello por supuesto llevaba consigo una crítica a la medicina; específicamente a los médicos que se coludieron con “grupos conservadores, extremistas y salvajes”. Lo que Perlongher estaba identificando en ese momento era “una expansión sin precedentes de la influencia y el poder médicos”.

Como parte de un programa global de “medicalización” de la vida [...] la medicina confisca y se apropia de la muerte [...]. La institución médica se coloca, así, en situación de legitimar su jurisdicción moral; ello es, la potestad de establecer, en nombre de la salud, las reglas de la existencia (1988: 84).

El activista John Lauritsen (autor de varios libros en torno al sida), en una publicación de 1993 tachaba de inadecuadas y engañosas las tablas en las que se describían las características de los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, de acuerdo con los Centros para el Control de Enfermedades del gobierno de los Estados Unidos.

Presentó el ejemplo de una tabla correspondiente a diciembre de 1984, en la que los sujetos se distribuían en las siguientes categorías: sujetos *gay* o bisexuales: 73%; adictos de drogas intravenosas: 17%; haitianos: 3%; hemofílicos: 1%; infectados por contacto heterosexual:

1%; infectados por transfusiones: 1%; y “otros”: 4%. Cada uno de ellos, divididos entre hombres y mujeres.

Lauritsen sostiene que en la contabilidad de los casos había un manejo poco claro. Para argumentarlo, tomó el ejemplo de usuarios de drogas intravenosas y señaló que en los datos sólo se consideraba a hombres heterosexuales. Quienes eran homosexuales y consumían drogas fueron incluidos en la estadística de orientación sexual. En el caso de los haitianos, por ejemplo, sólo se contabilizó a quienes no habían usado esas drogas y que además no habían tenido sexo *gay*. Los Centros para el Control de Enfermedades se referían a ello como presentaciones *jerarquizadas*.

A partir de esta información, el autor hace una serie de cuestionamientos en relación con la razón de ser de tales jerarquías y cómo se habían establecido. Debe señalarse que apenas un año antes los Centros para el Control de Enfermedades habían reconocido que 25% de los hombres homosexuales con sida eran usuarios de esas drogas. Por tanto, si en lugar de ser contabilizados en la estadística de sujetos *gay* o bisexuales lo hubieran sido como drogadictos, las estadísticas hubieran arrojado datos muy distintos: hombres *gay* y bisexuales, 54%; drogadictos, 36 por ciento.

El autor plantea que los Centros para el Control de Enfermedades habían hecho un esfuerzo deliberado dentro de sus estadísticas por subrepresentar a los drogadictos y sobrerrepresentar a los homosexuales y a los *gay*. Más aún, dado que había indicios en el sentido de que el uso de drogas podría plantear un factor de riesgo, hubiera sido necesario investigar esa premisa antes de definir los factores/grupos de riesgo.

Siguiendo su argumentación, Lauritsen acude a estudios publicados en esa época en los que se indica el uso de drogas no intravenosas de alto consumo entre sujetos *gay* como drogas “recreativas”, y que algunos de esos sujetos consumían varias de ellas simultáneamente. Por si esto fuera poco, el alcohol no era tomado en cuenta como una droga, a pesar de su potencial peligro.

A partir de dicha reflexión, el autor reorganiza la tabla elaborada por los Centros para el Control de Enfermedades y obtiene los si-

guientes porcentajes: usuarios de drogas (considerando todas): 95%; haitianos: 2%; hemofílicos: 1%; hombres *gay* y bisexuales: 1%; “otros”: 1 por ciento.

Finalmente, el autor agrega que en realidad en ese momento no había suficiente conocimiento acerca de la homosexualidad masculina; tampoco sobre los consumidores de drogas. En esas condiciones, proponer que únicamente una de las dimensiones señaladas como “de alto riesgo” era la que determinaba la infección, resultaba erróneo.

El planteamiento de Lauritsen sin duda resulta sugerente, pues nos permite pensar en una manera distinta de como inicialmente se definió la pandemia: en lugar del “cáncer de los homosexuales”, pudo haberse denominado el “cáncer de los adictos”.

Por supuesto, en la discusión en torno al sida no se puede soslayar el tema de la sexualidad, pues fue éste el aspecto más controversial en torno a la enfermedad. Desde la mirada clínica se estableció una relación causal entre la transgresión a la heterosexualidad y el padecimiento. Se asumía además que esa sexualidad se caracterizaba por el desorden y la promiscuidad. De ahí que las campañas de prevención hayan tomado inicialmente como factor fundamental el uso del condón y el mantenimiento de relaciones monógamas.

Dentro de este discurso quedaba implícita la idea de que el sida era totalmente prevenible si las conductas sexuales se modificaban. Dicho discurso tuvo un impacto muy diverso entre los homosexuales: para algunos el terror de verse infectados y morir producto de la enfermedad, los llevó a transformar su estilo de vida y dejaron de frecuentar los diversos sitios de socialidad que habían ido apareciendo, principalmente en las grandes ciudades.

Sin embargo, hubo otros que consideraron que era imposible mantener un estilo de vida disociado del disfrute del placer sexual, y algunos más denunciaron precisamente los esfuerzos conservadores contra la sexualidad que osaba salir de las normas heterosexuales.

Este último punto resulta clave para comprender lo que a futuro sería el desarrollo de los discursos hegemónicos en torno a la sexualidad. En respuesta a los movimientos feminista, homosexual, de

contracultura —que reivindicaron los modelos *unisex*—, fueron en ascenso los discursos que hacían apología del amor romántico, de la oposición entre femenino y masculino, de la pareja heterosexual como elemento fundante de la familia y (el momento de clímax) la boda, aspiración de toda mujer que se respetara.

Por otra parte —como se ha reconocido ampliamente—, la respuesta al sida fue lenta por parte del Estado, lo que abonó a la expansión del padecimiento en el nivel global. Inicialmente —y en respuesta al señalamiento de los homosexuales como principales víctimas—, algunos de los colectivos que habían venido organizándose en defensa de sus derechos reaccionaron a la necesidad de atender las necesidades de información al respecto.

Grupos como Cálamo en México, iniciaron actividades que a la postre transformarían el escenario del activismo lésbico, *gay*, bisexual y trans.

Cálamo, cuando se formó, no tuvo como eje principal el trabajo del SIDA. En ese entonces (hace dos años y medio), cuando la crisis no era tan difícil, sólo se hacían algunas actividades de información para combatir la idea de que sida es igual a homosexualidad. Participamos en algunas actividades defendiendo la causa homosexual, en cuanto que no éramos los culpables, ni los provocadores. Posteriormente, cuando las cosas empezaron a cambiar, fuimos dándole mayor importancia a las actividades que se requieren para esta cuestión del SIDA. El trabajo de Cálamo al respecto no es mucho. Se ha intensificado, pero no se ha convertido en algo de primera importancia: la razón de esto es que hay grupos que se dedican específicamente a esta problemática, y nosotros no hemos eliminado todas las demás actividades que tenemos (Navarro Ballesteros, 1988: 274).

No hay duda de que el papel desempeñado por la sociedad civil en la difusión de información para prevenir el SIDA resultó fundamental ante la ausencia de campañas efectivas por parte del Estado.

Me interesa retomar un aspecto que analiza Regina Facchini (2005), quien plantea la necesidad de distinguir los movimientos sociales, entre los cuales se puede reconocer el lésbico, *gay*, bisexual y trans, de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que surgirían para atender tanto los temas de derechos sexuales como el de la pandemia del sida. Es importante esta distinción pues nos plantea diferencias fundamentales en cuanto a los objetivos, las formas de organización y la participación de los sujetos en ellas, así como la relación que se establecería tanto con el Estado como con el resto de la sociedad.

En este sentido, Facchini, en un intento por caracterizar a los movimientos sociales, indica que se les puede reconocer por:

[...] su surgimiento “espontáneo”; su acción al margen de las instituciones políticas tradicionales como partidos y sindicatos; su fuerte ímpetu antiautoritario; y su posicionamiento pacífico, pero incisivo, frente al Estado, en relación con las desigualdades sociales (51).

Desde esa perspectiva, las acciones desarrolladas en diversos países de la región pueden considerarse de tal manera. Habría sin embargo que tomar en cuenta que la idea de un surgimiento espontáneo ha de ser matizada. Debe considerarse el hecho de que —en general, al menos durante el siglo xx— los sujetos lésbico, *gay*, bisexual y trans habían sido sistemáticamente agredidos, perseguidos, excluidos, estigmatizados. Y que en diversos momentos habían intentado generar acciones que les permitieran salir de la clandestinidad en la que mantenían sus relaciones erótico-afectivas.

Los ejemplos son diversos. Muchos de ellos, ligados con el desarrollo urbano y con la posibilidad de perderse en el anonimato de las grandes ciudades.

Podemos observar más claramente esos movimientos a lo largo de la década de los setenta. Ello tampoco resulta casualidad. Por un lado, el movimiento feminista había ido cobrando relevancia en el nivel



internacional, como se puede apreciar con la organización de la conferencia internacional sobre la mujer desarrollada en México en 1975.

Como habíamos señalado, los acontecimientos en Stonewall y otros actos reivindicativos protagonizados por jóvenes —por ejemplo—, evidenciaban la posibilidad de generar acciones reivindicativas desde otros lugares.

Siguiendo con dicha idea, los movimientos sociales tendrían en el contexto de la presente investigación, el objetivo de lograr cambios significativos en términos sociales y culturales, relativos al reconocimiento de los derechos sexuales de un sector que, bajo la óptica del Estado, en términos formales no había siquiera logrado acta de nacimiento.

Con su característica agudeza, Carlos Monsiváis muestra cómo a principio de la pandemia y desde diversos frentes, surgieron los discursos en contra de la homosexualidad y utilizaron la enfermedad recién descubierta para llamar a la persecución de esos transgresores de la *normalidad* sexual. Es interesante —sin embargo— que el autor aprecie para 1988 un “crecimiento rápido de la tolerancia, de respeto a los modos de vida ajenos”, en relación con que “las reacciones homófobas no han sido o todavía no son más violentas” (1990: 122).

Ya en 1979, Foucault hacía un análisis a propósito del neoliberalismo. Desde la perspectiva de sus impulsores:

Una verdadera política social debía ser tal que, sin tocar en absoluto el juego económico y, por consiguiente, dejando que la sociedad se desarrollara como una sociedad de empresa, se estableciera una serie de mecanismos de intervención para asistir a quienes lo necesitaran en el momento, y sólo en el momento que lo necesitaran (2008: 248).

Ello se traducía en términos prácticos en eliminar una política de cobertura universal de servicios de salud que, lejos de eliminar las desigualdades, *las provocaba* —siempre pensando en términos económicos— bajo una lógica de mercado.

En otra parte de su texto, señala: “No se va a pedir a la sociedad entera que proteja a las personas contra los riesgos, trátense de los riesgos individuales como la enfermedad o el accidente, o de los riesgos colectivos como los daños, por ejemplo” (*Op. cit.*: 177).

Entonces, la pandemia del sida surge precisamente cuando se están aplicando tales políticas económicas, cuando se está cuestionando por qué la sociedad tiene que hacerse cargo de la salud de sujetos que —encima— se han infectado a partir del ejercicio de su sexualidad, y que *por tanto* debieran hacerse responsables de su salud.

Como decía antes, Facchini igualmente identifica la presencia de las ONG en el campo social que (como ya lo he afirmado en otro sitio: List, 2014) puede entenderse —al menos parcialmente— por el paulatino desmantelamiento del *Estado de bienestar* y el traslado de la responsabilidad de la salud a los individuos, productos de las lógicas neoliberales. En su caracterización y considerando diversas perspectivas teóricas, la autora afirma:

Otra perspectiva se presenta como las más importantes representantes de un “tercer sector” —de origen privado sin ser comercial, y con fines públicos sin ser Estado—, que tuvo como misión promover el “desarrollo” en un contexto en que los Estados y los mercados se mostraban incapaces de hacerlo (2005: 53).

En el caso de las organizaciones no gubernamentales, su acción se enfocó de modo más directo y de manera inmediata en actividades de difusión y prevención que con el tiempo llevarían a su diversificación, pero centradas mayoritariamente en la contención de la pandemia.

Como sabemos, a pesar de la cobertura universal de los tratamientos a personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, la responsabilidad de contraer la infección, de someterse a los tratamientos —y por tanto de la salud de las personas— es asunto de ellas mismas, sin que sean consideradas circunstancias tan diversas como edad, escolaridad, clase social, etnia, género, sexo, orientación sexual, acceso a servicios de salud, y otros.

## CONCLUSIONES

Como lo planteé al principio del presente texto, mi interés se centró en exponer brevemente la dinámica que siguió el neoliberalismo y el conservadurismo asociado a él, así como qué efectos tuvo ello sobre la pandemia del sida a principio de la década de los años ochenta.

Me interesó mostrar aquí que se trató de un proceso complejo donde operaron una diversidad de factores tanto internos como en el nivel global y generaron una dinámica peculiar en los últimos 20 años del siglo pasado. Ello supuso transformaciones económicas, políticas y sociales, muchas de las cuales siguen vigentes después de varias décadas.

Sin embargo, me parece que no se puede perder de vista que no se trató de propuestas que hubieran surgido de manera espontánea en esos años. Desde la primera mitad del siglo xx, muchos de tales planteamientos venían desarrollándose y reflexionándose. En ese sentido, las discusiones en torno a los efectos de la economía de mercado y la acción del Estado fueron tomando un nuevo rumbo.

Así, fue ganando terreno la idea de que los efectos nocivos provenían de fallas que debían imputarse al Estado. De ahí que se diera un paulatino proceso de desmantelamiento del llamado *Estado de bienestar*. Para efectos de este capítulo, resaltan los efectos que acarreo en el campo de la salud.

Como ya se mencionó antes, el nuevo paradigma transfirió la responsabilidad de la salud a los individuos, lo cual cuadró bien con los discursos conservadores en torno a la sexualidad. Hay que reconocer que resultaron efectivos, en la mayoría de los casos en los cuales los sujetos se asumieron como responsables de haber adquirido la infección.

Para muchos se trató —aunque fuera sólo temporalmente— del final de su vida sexual, y los discursos médicos que insistían en “la adherencia” a los tratamientos, abonaron a un sentimiento de culpa con el cual justificaron su condición. En este sentido, habría que señalar que incluso desde el ámbito clínico proliferaron discursos moralistas en torno a la sexualidad, los cuales señalaban a los sujetos

homosexuales como principales responsables de la expansión de la pandemia.

En el marco del Estado neoliberal, la disputa por su responsabilidad frente al reconocimiento y protección de derechos se vuelve más compleja, en buena medida porque se ha dado una tendencia a trasladar esos derechos al ámbito del mercado. En tal sentido, resulta compleja la disputa en tanto los individuos se asumen cada vez más como consumidores y menos como ciudadanos: a quienes el Estado tiene el deber de proteger.

## BIBLIOGRAFÍA

- Angell, Marcia (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Colección Biografías y Documentos. Bogotá: Norma.
- Bellucci, Mabel (2010). *Orgullo. Carlos Jáuregui, una biografía política*. Buenos Aires: Emecé.
- Brachet-Márquez, Viviane, coord. (2007). *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil y México 1980-2000*. México: El Colegio de México-Centro de Estudios Sociológicos.
- Cañeque, Carlos (2003). "El fundamentalismo norteamericano". *Revista de Debat Polític, Fundacio Rafael Campalans* 7 (invierno): 1-9. Disponible en línea: [http://fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/7\\_9.pdf](http://fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/7_9.pdf) [Consulta: 7 de noviembre, 2020].
- Carrier, Joseph (2001). *De los otros: intimidad y comportamiento homosexual del hombre mexicano*. Madrid: Talasa.
- Contardo, Óscar (2012). *Raro, una historia gay de Chile*. Santiago: Planeta.
- Contreras Osorio, Rodrigo (2006). "Los principios del modelo neoconservador de gobernabilidad aplicado en América Latina durante los 90". *Nueva Sociedad. Democracia y Política en América Latina* 205 (septiembre y octubre): 23-29. Disponible en línea: [http://nuso.org/media/articles/downloads/3378\\_1.pdf](http://nuso.org/media/articles/downloads/3378_1.pdf) [Consulta: 7 de noviembre, 2020].
- Dubiel, Helmut (1993). *¿Qué es el neoconservadurismo?* Barcelona: Anthropos.
- Facchini, Regina (2005). *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Río de Janeiro: Garamond.
- Foucault, Michel (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Green, James N. (2000). *Além do carnaval. A homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo: Unesp.
- Habermas, Jürgen (1983). "La ruptura entre cultura y sociedad. Sobre la crítica de la cultura de los neoconservadores". *Nueva Sociedad* 69 (noviembre-diciembre): 27-32. Disponible en línea: [http://nuso.org/media/articles/downloads/1115\\_1.pdf](http://nuso.org/media/articles/downloads/1115_1.pdf) [Consulta: 7 de noviembre, 2020].
- Harvey, David (2007/2015). *Breve historia del neoliberalismo*. Buenos Aires: Ediciones Akal.
- Juan Pablo II (1979). "Alocución del Santo Padre Juan Pablo II a los Obispos de los Estados Unidos". Presentada durante el viaje apostólico a los Estados Unidos de América, Chicago, Illinois, 5 de octubre. Disponible en línea: [http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1979/october/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_19791005\\_chicago-usa-bishops.html](http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1979/october/documents/hf_jp-ii_spe_19791005_chicago-usa-bishops.html) [Consulta: 7 de noviembre, 2020].
- Juan Pablo II (1991). *Centesimus annus*. Carta Encíclica presentada en el centenario de la RERUM NOVARUM. Disponible en línea: [http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_01051991\\_centesimus-annus.html](http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_01051991_centesimus-annus.html) [Consulta: 7 de noviembre, 2020].
- Lauritsen, John (1993). *The Aids War. Propaganda, Profiteering, and Genocide from the Medical-Industrial Complex*. Nueva York: Asklepianos.
- Letra S (2018). "Homofobia como arma política". *Letra S*, 28 de febrero, última edición. Disponible en línea: <http://letraese.jornada.com.mx/2018/06/07/homofobia-como-arma-politica-1429.html> [Consulta: 7 de noviembre, 2020].
- List Reyes, Mauricio (2014). *La sexualidad como riesgo. Apuntes para el estudio de los derechos sexuales en el contexto del neoconservadurismo*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/El Cuerpo Descifrado.
- Lizarraga Cruchaga, Xabier (2003). *Historia sociocultural de la homosexualidad: notas sobre un devenir silenciado*. Croma/Paidós Series, 11. México: Paidós.
- Monsiváis, Carlos (1990). "Las plagas y el amarillismo. Notas sobre SIDA en México". En *El Sida en México: los efectos sociales*, compilado por Francisco Galván Díaz, 117-129. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco/Ediciones de Cultura Popular.
- Navarro Ballesteros, Ricardo (1988). "La sociedad civil en lucha contra el SIDA". En *El Sida en México: los efectos sociales*, compilado por Francisco Galván Díaz, 269-281. México: Universidad Autónoma Metropolitana/Ediciones de Cultura Popular.
- Nisbet, Robert (1995). *Conservadurismo*. México: Alianza Editorial.
- Perlongher, Néstor (1988). *El fantasma del sida*. Buenos Aires: Puntosur editores.

- Rieff, David (2004). "Los neoconservadores". *Letras Libres: Intelectuales y Poder* 6, núm. 63 (marzo): 30-35. Disponible en línea: <https://www.letraslibres.com/mexico/losneoconservadores#.W9oURQiCbxU.email> [Consulta: 7 de noviembre, 2020].
- Robles, Víctor Hugo (2009). "La primera rebelión". *Bandera Hueca*. 29 de mayo, última edición. Disponible en línea: <http://banderahueca.blogspot.com/2009/05/la-primera-rebelion.html> [Consulta: 7 de noviembre, 2020].
- Valdés Olmedo, Cuauhtémoc (1988). "Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México". *Salud Pública en México* 30, núm. 6 (noviembre-diciembre): 815-826.
- Weeks, Jeffrey (1993). *El malestar de la sexualidad: significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa.

TERCERA PARTE  
Orden de género y salud emocional





# Barreras subjetivas en el proceso de devenir autónomas una aproximación feminista-interseccional

*Tania Esmeralda Rocha Sánchez*

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha reconocido la importancia (y necesidad) de lograr la igualdad de género; en particular, de garantizar un pleno ejercicio de los derechos y la autonomía de las mujeres como elementos clave para alcanzar una sociedad justa y democrática. Sin embargo, los cambios que han ido ocurriendo en América Latina hacen evidente que aún quedan escenarios y retos pendientes.

De manera particular, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2016) enfatiza la necesidad de lograr una igualdad distributiva que propicie que las mujeres superen la pobreza, que tengan pleno acceso a una igualdad salarial sin sesgos ni discriminación, condiciones laborales más justas y dignas, así como un pleno reconocimiento del trabajo que suponen las tareas de cuidado.

Asimismo, hace hincapié en la necesidad de asegurar un pleno ejercicio de su derecho a la salud, al igual que a decidir libremente sobre su vida reproductiva y sexual. Son retos fundamentales: detener las tasas de mortalidad materna, el crecimiento de embarazos no deseados y no planeados en la infancia/adolescencia, así como la violencia estructural, simbólica y cotidiana a la cual se enfrentan las mujeres bajo diferentes circunstancias.

Por último, señala que es indispensable asegurar que las mujeres tengan una mayor participación tanto en los espacios de poder como en los procesos de toma de decisiones, pues a la fecha su participación sigue siendo muy reducida. Tal situación persiste incluso en otros ámbitos de decisión como el escenario económico, empresarial, académico y de gestión de conocimientos, al igual que en la comunicación social.

Bajo ese panorama, resulta evidente que son varias las aristas en las cuales las mujeres se enfrentan a desigualdades e injusticias, situación que incide directamente en la dificultad para constituirse como personas autónomas y empoderadas, ya que no disponen de las condiciones materiales ni simbólicas para ejercer su autonomía. Es decir, “la capacidad de [...] tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas, de manera de poder ser y hacer en función de sus propias aspiraciones y deseos” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Op. cit.*: 7).

Si bien la autonomía se vincula con la posibilidad de independencia: la capacidad que pueden tener las personas para decidir por sí mismas, es fundamental reconocer la doble dimensión que supone (véase Álvarez, 2015). Esto es, tomar en consideración tanto las condiciones externas que aluden a barreras de índole estructural (las cuales inciden y obstaculizan en esta posibilidad), como las condiciones internas, que se vinculan de manera fundamental con barreras de carácter subjetivo.

En América Latina y en nuestro país, se ha puesto particular énfasis en la presencia de barreras estructurales que surgen como resultado tanto de las prácticas como de los discursos ideológicos e instituciones que reproducen el orden de género (Burin, 2004; 2007; 2008; Camarena y Saavedra, 2018; Ochoa-Ávalos, 2007; Rocha-Sánchez y Cruz del Castillo, 2013; Tunal, 2007; Torns, 2005). Dentro de estas barreras, destacan:

- a. la feminización de la pobreza;

- b. las condiciones precarizadas de la inserción laboral de las mujeres;
- c. el “techo de cristal”, traducido en aspectos como la cultura y las prácticas institucionales en las organizaciones o espacios laborales que abonan a la discriminación, a la segregación ocupacional horizontal y vertical de las mujeres, así como a la discriminación salarial;
- d. la persistencia de estereotipos de género que imponen condiciones al acceso inequitativo de las mujeres a los diferentes espacios y tanto a los recursos de poder como a la toma de decisiones, al igual que a la educación, la salud y la seguridad;
- e. la asimetría presente en la división de tareas que genera la doble o triple jornada laboral para las mujeres; y
- f. la violencia de género tanto en el espacio privado como en el público, por referir sólo algunas.

No obstante, tales condiciones externas no actúan por sí solas, sino que persiste otra serie de factores de subordinación derivados de la lógica patriarcal, que desempeñan un papel importante en la vivencia de las mujeres. Aun contando con las condiciones objetivas (económicas, sociales y políticas) para conseguir una mayor participación y desarrollo, el principal obstáculo para el empoderamiento de las mujeres se coloca (como refiere Reyes, 2011: 56), “[...] en las significaciones sociales imaginarias que regulan las relaciones interpersonales, y pautan el deber ser para las mujeres, coartan sus posibilidades de autoafirmación y autorrealización”. Es decir, en aspectos de índole subjetiva.

Como refiere Glòria Poal Marcet (1993), las barreras subjetivas pueden ir desde el valor que se atribuye de manera diferenciada a las actividades que realizan las mujeres; las expectativas que tienen en torno a sí mismas en relación con sus metas laborales; o bien el lugar que ocupa la autorrealización ligada a proyectos personales, profesionales o ambos. Por ello, tales barreras también hacen referencia a la vivencia de deseos contradictorios vinculados con el proceso de sub-

jetivación y socialización de género (Burin, 2008), así como el efecto que ello acarrea en una suerte de carencia de autonomía psicológica o personal (Reyes, 2005; Reyes, 2011).

Por lo tanto, es necesario reconocer que las posibilidades para lograr un proceso de autonomía no sólo se colocan en el plano objetivo sino también en el subjetivo (Burin, 2007; Reyes, 2005; Rocha-Sánchez, 2013; Rocha-Sánchez y Cruz del Castillo, 2013). Dichos factores son interdependientes y se retroalimentan constantemente, sin que uno pueda desvincularse del otro.

Así, la autonomía está relacionada tanto con estímulos, incentivos, situaciones, relaciones y el entorno en general al cual se enfrentan las mujeres (cruzando de manera importante por el campo de las relaciones familiares y afectivas) como con las dinámicas en otros contextos más extensos y diversos (Álvarez, 2015). Esto último también resulta indispensable para recuperar la dimensión relacional de la autonomía, contrario a una visión individualizada de ella.<sup>1</sup>

La autonomía de las mujeres como condición, no sólo como capacidad —si bien tiene referentes objetivos y externos a los cuales se ha prestado particular atención en diferentes acercamientos desde los organismos internacionales—, también está atravesada por elementos subjetivos que resultan de la interiorización y metabolización de discursos, normas y prácticas que pueden condicionar la identidad y sus procesos de toma de decisión, empoderamiento y conciencia de sí mismas.

Sin embargo, se encuentran vinculados con situaciones específicas de vida, resultado de la manera como cada “sujeto” se localiza dentro

<sup>1</sup> Señalar esto me parece muy importante, porque al menos dentro del campo de la psicología, la subjetividad suele entenderse como un aspecto inherentemente individual y desconectado por completo de un sistema estructural, social y cultural que da cabida a formas particulares de subjetivación. Al respecto y como sugiere Martínez Labrín (2012), el concepto *subjetividad* es polisémico y, cuando es analizado desde el género —en este caso, al hablar de la vivencia femenina—, resulta indispensable reconocer que “[...] está mediada por estructuras y relaciones sociales subyacentes a dichas estructuras, así como por las narrativas y significados provenientes del entramado idiosincrásico de la experiencia” (140).

de un entramado de relaciones y circunstancias que pueden complejizar su experiencia de vida: sexo, color de piel, edad, orientación sexual, clase social, ubicación geopolítica, entre otros.

Por lo anterior, de 2012 a 2015 coordiné y llevé a cabo un proyecto de investigación cuyo objetivo fue tener un acercamiento más profundo y crítico a la exploración de las barreras internas que se hacen presentes en la vida de las mujeres en su proceso de lograr una mayor autonomía. Otro propósito fue comprender el proceso a partir del cual estas barreras subjetivas se articulan con barreras externas bajo diferentes circunstancias y procesos vitales.

Para fines del presente capítulo, me centraré en la primera fase de la investigación, que consistió en explorar y conocer mediante las experiencias narradas por las participantes, los diferentes factores que responden a barreras de carácter subjetivo bajo condiciones de vida particulares que precisaré en los próximos apartados.

#### SITUANDO LA INVESTIGACIÓN

##### DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA E INTERSECCIONAL

La presente investigación está atravesada por un posicionamiento feminista e interseccional, a partir del cual reconozco la complejidad, intersección e interacción que ejercen múltiples factores en el proceso de empoderamiento, consecución de la igualdad de género y —por ende— de bienestar y autonomía de las mujeres.

Lo anterior, en virtud de que la construcción de los sujetos y su autonomía como proceso requiere considerar las condiciones sociohistóricas concretas, así como las vivencias particulares que marcan sus aprendizajes en la trama vincular social-familiar (Reyes, 2011). Además, considero que persisten otros ejes de opresión que se interconectan y dan lugar a formas muy particulares de vivir tales dinámicas de poder, según el contexto y momento histórico (*cf.* Royo Prieto, Silvestre Cabrera, González Estepa, Linares Bahillo, y Suárez Errekalde, 2017).

Debo señalar que llegué a mi comprensión de la interseccionalidad no bajo una mirada aditiva, sino desde una perspectiva que reconoce y sitúa las condiciones de discriminación en un momento histórico y social determinado, donde se habla de procesos y no de categorías estáticas y atemporales. De esa manera, también reconozco que no sólo se está haciendo referencia a condiciones de opresión, sino a dimensiones de poder, lo que permite explorar procesos de discriminación. Aunque también de resistencia; incluso de “privilegio” en el marco de estas dinámicas (Platero Méndez, 2012).

La mirada interseccional me posibilita comprender que es necesario analizar los sistemas de dominación desde las miradas singulares y no a partir de las universales (Hill Collins, 2015), ya que en cada contexto específico ocurren prácticas y experiencias que pueden resultar contradictorias.

Tal consideración resulta fundamental para mí, pues discuro que dentro de los indicadores que se han generado para valorar el avance de las mujeres en materia de igualdad de género (y fundamentalmente en el desarrollo de autonomía desde los indicadores globales referidos por el Observatorio de Género en Latinoamérica: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2016), se ha caído en una suerte de homogeneización sobre las condiciones bajo las cuales ellas se enfrentan a experiencias de discriminación, violencia, marginación y opresión.

Se han desdibujado no sólo las situaciones opresivas diversas, sino incluso las estrategias singulares bajo las cuales las mujeres pueden hacer frente a dichas condiciones de adversidad. Por supuesto, se ha dejado de lado por completo la dimensión subjetiva que atraviesa dichos procesos.

Al respecto vale la pena reiterar (como lo refiere Surya Nayak, 2014) lo siguiente: en la interseccionalidad también hay aspectos subjetivos; es decir, las estructuras de dominación asimismo median y producen procesos de subjetivación (Gandarias Goikoetxea, 2017).

Finalmente, el hecho de situarme como investigadora feminista me demanda priorizar a lo largo de la investigación y del análisis,

el proceso de diálogo sujeto-sujeto, pues (como refiere Cubillos Almendra, 2015), la teoría feminista de la interseccionalidad invita a cuestionar nuestras metodologías, poniendo atención en no borrar las subjetividades ni las voces involucradas en el proceso de investigación.

De manera particular, me invitó a hacer visibles todos los discursos y voces. A revisitar las narrativas de mis participantes para dar cuenta de prácticas de resistencia en circunstancias que desde otro lugar hubiera ignorado o pasado por alto.

#### SOBRE LAS PARTICIPANTES Y SUS CONTEXTOS VITALES

Participaron 80 mujeres, provenientes de diferentes contextos geopolíticos: Ciudad de México, Michoacán, el Estado de México, y Chiapas.<sup>2</sup> No obstante —dada la magnitud de la información—, en el presente texto sólo me permito recuperar 13 entrevistas. Ello con la finalidad de compartir un breve panorama de los distintos elementos que resultaron cruciales mediante las narrativas de las participantes como aspectos que complejizan el proceso de devenir mujeres autónomas y la manera como ellos se entrecruzan con otras circunstancias particulares de sus vidas.

Para lograr realizar el trabajo de campo, recurrí al apoyo de otras colegas en cada uno de los escenarios mencionados. Les compartí el planteamiento de la investigación, los objetivos y las metas de ésta.

<sup>2</sup> Aunque inicialmente la ubicación de estos cuatro lugares fue accidental, de acuerdo con el reporte de Indicadores de Desarrollo Humano y Género (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014) que contrasta el nivel de bienestar en cada estado para las mujeres, Chiapas se cataloga como uno de los estados con el menor índice de desarrollo de las 32 entidades. Michoacán —aunque también se ubicaría dentro de los estados con un índice de desarrollo menor— se encuentra por arriba de Chiapas. El Estado de México estaría en el medio de la escala de las 32 entidades. Finalmente, dentro de la lista la Ciudad de México constituiría el lugar con el más alto índice de desarrollo, el cual rebasa el promedio nacional. Lo anterior es relevante, con el propósito de contextualizar las diversas situaciones de desigualdad a las que las mujeres pueden hacer frente en cada uno de estos escenarios.

Gracias al trabajo de difusión, se logró la participación voluntaria de las mujeres, quienes desde el principio tuvieron conocimiento del objetivo del estudio, así como de nuestra propuesta, que consistió en que mediante las entrevistas ellas pudieran reflexionar sobre sus propias experiencias de vida. El propósito: abonar a una toma de conciencia sobre ello, sobre sus logros y posibilidades.

Afortunadamente, fue posible corroborar tal situación en las conversaciones con las participantes.

El proceso de selección fue a partir de un método no probabilístico, intencional, recurriendo a la técnica de bola de nieve. En el proceso mediante el cual se convocó, nos aseguramos de tener una representatividad simbólica de mujeres en diferentes situaciones de vida: solteras, casadas, con hijos e hijas, divorciadas, profesionales. Lo anterior con el objetivo de poder comprender mejor no sólo la condición de género, sino la manera como los contextos y circunstancias vitales también influían en las vivencias de las participantes (véase la tabla 1).

Con la finalidad de lograr sistematizar la información y realizar el proceso de análisis, en cada contexto geopolítico el equipo de becarias de las investigadoras llevó a cabo la transcripción de las entrevistas. Éstas se leyeron en coordinación con cada investigadora para identificar de manera inicial cómo dicha información podría ordenarse en función de los ejes temáticos que guiaron la entrevista y que obedecieron a temas detonadores.

El propósito era conocer las vivencias de contradicciones y malestares que las participantes podían experimentar a la luz de las expectativas y los roles de género. Posteriormente, cada equipo me compartió las transcripciones al igual que ese primer acomodo que se hizo de la información.

A partir de ahí, la siguiente tarea para mí consistió en identificar —en el marco de esas experiencias— cuáles fueron los obstáculos y situaciones concretas a las que las participantes se enfrentaron ante la posibilidad de acceder a educación, salud, trabajo, desarrollo profesional y personal. En general, a la posibilidad de acercarse a un proyecto de vida coincidente con sus deseos y expectativas, factores vinculados



con la posibilidad de autodeterminación y de tomar decisiones con base en sus propios intereses y deseos (Reyes, 2005; Reyes, 2011).

Resultó fundamental reorganizar las entrevistas a partir de ejes particulares que me posibilitaron aprehender realidades compartidas entre las participantes de acuerdo con su edad; no como marcador biológico sino social, y vinculado —por supuesto— con su momento vital: ser madres o no, estar en una relación de pareja o no, tener una formación profesional o no, y vivir alguna situación extraordinaria o única.<sup>3</sup>

Después de obtener una primera identificación de circunstancias clave para las participantes, hice una tercera lectura y —de acuerdo con los planteamientos teóricos— busqué comprender cómo en esas experiencias se entretejían factores de carácter subjetivo vinculados con el ejercicio de la autonomía. A continuación expongo algunos de los factores fundamentales.

<sup>3</sup> En las investigaciones de ambas autoras, hay circunstancias particulares que colocan a las mujeres en encrucijadas complejas para la toma de decisiones. Por ejemplo: formar una familia, tener una pareja, concebir hijos o hijas, conseguir una formación profesional, enfrentar un divorcio o separación, hacer frente a la muerte o pérdida de un vínculo afectivo significativo, lograr una carrera laboral o profesional “exitosa”, vivir su sexualidad transgrediendo los cánones binarios y heteronormados, circunstancias que comparten entre sí, contraponer deseos de acuerdo tanto con los mandatos como con los deberes de género establecidos para las mujeres. La consideración de estos criterios obedece a algunos de los planteamientos presentados por Rosa Reyes (2011) en su trabajo con mujeres en Cuba para explorar y promover la autonomía psicológica, así como de Mabel Burin (2008) con jóvenes profesionales y —por supuesto— la propuesta de Marcela Lagarde (1998) sobre las claves feministas para el desarrollo de autonomía.

Tabla 1  
Caracterización de las mujeres participantes en el estudio

<i>Pseudónimo</i>	<i>Edad</i>	<i>Orientación sexual y/o identidad de género</i>	<i>Situación de pareja y/o familiar</i>	<i>Formación educativa y/o profesional</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Ciudad en la que vive</i>
Marcela	24 años	Mujer cisgénero, Heterosexual	Soltera y sin pareja. Vive con su familia de origen.	Licenciatura	Bailarina y profesora de danza. Da clases, <i>shows</i> , y organiza eventos.	Ciudad de México
Rocío	37 años	Mujer cisgénero, heterosexual	Casada, con tres hijos: un niño de 7, una niña de 5 y un niño de año y medio.	Ingeniería y maestría	Estudiante y dedicada a las labores del hogar de tiempo completo.	Ciudad de México
Luz	51 años	Mujer cisgénero, bisexual	Soltera y sin relación de pareja. Lleva 28 años viviendo sola.	Secundaria	Promotora de teatro. Ocupa un puesto de liderazgo. Labores de relaciones públicas y publicidad.	Ciudad de México

Claudia	31 años	Mujer cisgénero <i>Gay</i>	Soltera con una relación de pareja lesbica formal de un año.	Licenciatura en Administración	Líder de proyecto (consultora en sistemas)	Ciudad de México
Julia	47 años	Mujer cisgénero, heterosexual	Separada, con dos hijos: uno de 23 y una hija de 19. Se encuentra en trámite de divorcio.	Licenciatura y especialidad en Psicología	Tallerista y psicoterapeuta	Ciudad de México
Laura	27 años	Mujer cisgénero heterosexual	En una relación de pareja de cuatro años. Vive con su familia de origen.	Carrera técnica y licenciatura en Enfermería	Trabaja como enfermera.	Ecatepec, Estado de México
Rita	41 años	Mujer cisgénero, heterosexual	Casada durante 20 años. Tiene tres hijos.	Primaria inconclusa	Dedicada a las labores del hogar.	Lázaró Cárdenas, Michoacán
Nicole	26 años	Mujer cisgénero, heterosexual	Vive con su pareja ("juntada") y tiene dos hijos. Lleva 10 años en la relación	Tecnológico o equivalente a secundaria.	Se dedica a las labores del hogar y se desempeña como secretaria en un trabajo informal.	Lázaró Cárdenas, Michoacán

Ena	40 años	Mujer cisgénero, heterosexual	Mujer casada, que creció en el campo y refiere haber vivido con padre alcohólico y madre que vivió violencia. Tuvo que cuidar de sus hermanos menores.	Secundaria	Se dedica a las labores del hogar.	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Paola	51 años	Mujer cisgénero, heterosexual	Mujer que se divorció desde hace 13 años, con dos hijos: uno de 20 años y una hija de 18.	Doctorado	Es coordinadora de un posgrado en desarrollo humano.	Ciudad de México
Fabiola	48 años	Mujer cisgénero, heterosexual	Separada. Vivió casada durante 24 años. Tiene tres hijos: de 28, 24 y 17 años.	Secundaria	Empleada de una marroquinería (taller de artículos de piel)	Naucalpan de Juárez, Estado de México

Camila	25 años	Mujer cisgénero heterosexual	Mujer joven, profesional, vive con su familia de origen. Tiene dos trabajos formales, y refiere laborar en promedio casi 16 horas diarias.	Licenciatura	Empleada de gobierno en la rama administrativa, y gerente de ventas y relaciones públicas en una empresa.	Lázaró Cárdenas, Michoacán
Viviana	34 años	Mujer cisgénero, heterosexual	Soltera, con dos hijos y una hermana a la que ha cuidado desde pequeña. Vivió 11 años en una relación en la que sufrió violencia.	Secundaria	En el momento de la entrevista, tenía dos meses de dedicarse exclusivamente al hogar, ya que después de separarse de su pareja, tenía la amenaza de perder a sus hijos por “dejarlos solos”.	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

## LA CONSTRUCCIÓN DE LAS SUBJETIVIDADES E IDENTIDADES COMO “MUJERES”

A lo largo de las entrevistas fue indispensable conocer cuál era la mirada desde la que las participantes se percibían a sí mismas dentro del entramado social. Qué clase de características y roles consideraban definitorios o no de su identidad, y en qué medida —por principio— eso se involucraba con la posibilidad de reconocer los estereotipos de género y el impacto que ello ejercía en sus vidas y proyectos.

Lo anterior en virtud de que (como señala Reyes, 2011), el desarrollo de la autonomía en las mujeres demanda procesos de concientización y apertura emocional. Asimismo, ellos han de facilitar la posibilidad de reconocer sus malestares, contradicciones, así como sus posibilidades y protagonismos en los cambios que se requiere llevar a efecto.

En ese sentido, la visión de varias mujeres que participaron en la investigación se caracterizó por reconocer de uno u otro modo que la manera como sus madres o abuelas fueron educadas y se pensaban, no coincidía necesariamente con el modo como ellas se percibían a sí mismas, lo que en algunos casos les permitió plantearse otras “posibilidades de vida”.

Por ejemplo, Marcela: 24 años, soltera, licenciatura, sin hijos, vive con su familia de origen, su familia le apoya económicamente, en la Ciudad de México. Se trata de una chica joven, en proceso de decidir si realiza una especialidad o sigue dedicándose al baile. A lo largo de su narrativa, hace referencia a aspectos que dan cuenta de la conciencia que tiene en torno a las exigencias de la sociedad sobre las mujeres y el contraste con la experiencia de otras mujeres de su familia, como su madre.

De acuerdo con Marcela Lagarde (1999) y Rosa Reyes (2005; 2011), tal situación constituye un aspecto muy importante en la posibilidad de devenir sujetos autónomos. Fundamentalmente porque ello da lugar al reconocimiento de las barreras estructurales que se yerguen en el desarrollo de las mujeres. Asimismo, contribuye a politizar la expe-

riencia al reconocer que no son situaciones netamente intrínsecas a las personas. La participante refiere:

Las diferencias que tenemos mi mamá y yo son en cuanto al sexo. Por ejemplo, ella dice que es una cosa terrible y que no cabe en su cabeza tener sexo casual con un hombre que no sea tu pareja. Y eso yo no lo pienso; pero en alguna época de mi vida sí me hizo sentir muy culpable (Marcela, entrevista personal).

Sin embargo, la cosmovisión de las participantes también está vinculada con el contexto geopolítico, el cual cumple un papel fundamental para dimensionar y comprender las opciones que se configuran de manera material y simbólica para las mujeres.

Como muestra tenemos el caso de Nicole: 26 años; educación técnica; en una relación de 10 años, con una hija de dos; vive en Michoacán. Es una chica joven, sólo dos años mayor que Marcela, pero en un contexto sociocultural caracterizado por una mayor rigidez ideológica sobre estereotipos de género.<sup>4</sup> Tuvo acceso educativo a un nivel técnico, pero a la vez sostuvo una relación de pareja desde los 16 años; en el momento de la entrevista, tenía una hija de dos años.

Realiza una actividad remunerada, pero bajo un carácter informal. En principio porque no tuvo manera de lograr una mayor preparación educativa y, después, porque se dedica al cuidado de su hija. Al preguntarle sobre su vivencia, expresa:

Al menos creo que soy una persona realizada. [...] Tengo una familia y tengo a mi hija sana, y pues, aunque no he terminado mi carrera, trabajo. A lo mejor no con este [...]. ¿Cómo te diré? Me gusta, me gusta lo que hago en mi trabajo (Nicole, entrevista personal).

<sup>4</sup> Referente a los datos señalados en la Introducción sobre cada Estado y su índice de igualdad de género.

Vemos dos escenarios completamente diferentes, donde las situaciones particulares de las participantes reiteran por una parte la importancia que tienen las posibilidades materiales en cuanto al acceso a una educación y preparación profesional; pero sobre todo en lo referente a un pleno ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales.<sup>5</sup> Por otra, observamos la manera como sus vivencias se complejizan a la luz de los introyectos de género.

De modo que en el caso de Nicole no sólo salta a la vista el hecho de no haber podido acceder a una mayor preparación educativa, sino también el de vivirse bajo la tensión que se desprende del binomio familia-trabajo. Más que una cuestión de doble o triple jornada, apela a una barrera estructural con implicaciones subjetivas: la doble presencia.<sup>6</sup> A diferencia de Marcela, Nicole no puede “elegir” en torno a su desarrollo personal, sino que se encuentra frente a esta opción de hierro.

Como refiere Mabel Burin (2008), tiene que ver con la encrucijada de optar por uno u otro escenario, en la medida en la cual es imposible tener tiempo y espacio para estar cabalmente en ambos. Además, ese conflicto derivado de la división sexual del trabajo y el significado

<sup>5</sup> Los derechos económicos, sociales y culturales hacen referencia a los ingresos, empleo e inserción productiva, trabajo y control de los recursos, división sexual del trabajo, trabajo no remunerado y cuidados, protección y seguridad social, educación, ciencias y tecnologías de comunicación, transformación de pautas culturales, transmisión intergeneracional de la pobreza, jefatura de hogar y bienestar, uso y distribución del tiempo, políticas fiscales y macroeconómicas, políticas sociales, inversión pública, ruralidad, trabajo doméstico remunerado e informalidad, empresas y emprendimientos, crédito, tecnologías e innovación, territorio y modelos productivos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2016). “Autonomía de las Mujeres e Igualdad en la Agenda de Desarrollo Sostenible”, Documento presentado en la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Montevideo, 25-28 de octubre de 2016). Disponible en línea: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf) [Consulta: 18 de noviembre, 2020].

<sup>6</sup> Considero más útil como categoría analítica —y a su vez como manera de nombrar este fenómeno— la propuesta de Laura Balbo (1994), quien señala que no se trata de una doble o triple jornada, sino de una *doble presencia*, en el sentido de que a las mujeres se les exige directa e indirectamente cubrir con los roles de madre, esposa, trabajadora del hogar, cuidadora y otras, al margen del resto de las actividades laborales remuneradas. Tal factor constituye una exigencia externa, pero también interna.



diferenciado que para las mujeres y los hombres tiene el tema de la maternidad y la paternidad (así como la idealización de una familia), también se ve atravesado por una carga subjetiva y emocional que ha sido depositada en dichos aspectos como referentes “identitarios” y “roles vitalicios” para las mujeres. Con ello, aludo de nuevo a Nicole. Al inquirirle sobre algunas de sus frustraciones, señala lo siguiente:

Pues te puedo poner un ejemplo [...] en realidad si hubiera estudiado lo que realmente me viera gustado [*sic*], porque sí me llamaba mucho la atención; pero, por otra parte, tampoco me arrepiento, porque si me hubiera ido fuera de aquí, este, no sé qué hubiera pasado con mi familia. Ahorita, con mis hijos, no lo veo tanto como frustración. Nada más me pongo a pensar qué hubiera pasado; pero el hubiera ya sabemos que no existe (Nicole, entrevista personal).

Lo expuesto sugiere el apego o la carga afectiva que está puesta sobre el tema de tener una familia y ser mamá; es decir, el “piso pegajoso” (Burin, *Op. cit.*). En la medida en la cual el tema de la maternidad constituye un referente identitario, para muchas mujeres puede hacer mucho más difícil tomar decisiones de índole personal o profesional que pongan en riesgo esa posibilidad.

Aunque Nicole tiene claridad en cuanto a la mayor igualdad y oportunidades que persisten para las mujeres, resulta difícil librarse del mandato sobre el rol principal y prioritario en torno a la crianza y cuidado de los hijos o hijas, así como de los prejuicios que prevalecen vinculados con la maternidad y el ser una “buena madre”.

Aunado a lo anterior, no puede desconocerse el impacto que tiene la dificultad para acceder a la formación educativa, tanto en las posibilidades de desarrollo profesional como en su cosmovisión de no haber sido “capaces” o de no haber peleado lo “suficiente” para que las dejaran ir a la escuela. Aunque en realidad no dependía de ellas. Ello repercute en su posibilidad de visualizar y pensarse bajo otras alternativas vitales. Además, abandonar los estudios reduce

las oportunidades de obtener un mejor trabajo y condena a caer en condiciones laborales precarizadas.

Ahora bien, también se incluye el caso de participantes de más edad o que se hallan bajo otras circunstancias de vida, que dan cuenta de la manera como los introyectos de género atraviesan las subjetividades. No obstante, hay un reconocimiento a las múltiples exigencias que privan hacia las mujeres, así como mensajes “por debajo del agua” vinculados con el prototipo de *superwoman* y —a su vez— el “Mejor quédate en casita. Tu trabajo es ser mamá”.

Es el caso de Julia: 47 años, profesional, separada, con dos hijos de 23 y 19 años, Ciudad de México. Reflexiona en torno a lo que la sociedad exige a las mujeres y la manera como ella se apega o no a esto. Nos comparte:

Pues es raro, porque sí he roto con muchos paradigmas, con muchos esquemas; pero al mismo tiempo sigo conservando otros que no me permiten, pues, vivirlos más abiertamente. O sea [...] como todo el rechazo de mi familia, el rechazo de las mujeres por haber roto este patrón de la mujer que se aguanta y se queda en una relación [*aludiendo a su separación tras vivir más de tres décadas en una relación con violencia ejercida por parte de su pareja*]; pero por el otro lado, yo me cacho cómo de todas formas me quedo como la señora que no sale a conquistar hombres, la señora que no está fuerte en la vida porque sigo haciendo el rol de la mamá que no le va a dar este disgusto a sus hijos (Julia, entrevista personal).

Sin embargo, también se incluye a Camila: 25 años, joven profesional, soltera, vive con su familia de origen, Morelia, Michoacán. Se desempeña en dos trabajos formales: dentro del gobierno los fines de semana y como gerente de una empresa entre semana. Considera que la sociedad hoy censura menos a las mujeres cuando son madres solteras; incluso valora más el papel que pueden tener dentro de las empresas. Ella comenta:

Uhm, más independencia. Yo considero —por ejemplo—, en mi trabajo una mujer no casada es más valiosa que las casadas, porque podemos disponer de mayor tiempo para la empresa. Es así (Camila, entrevista personal).

Es muy interesante cómo Camila —desde su vivencia— considera que el rol profesional es el que más exige hoy a las mujeres. Mediante su narrativa comparte que, aunque “anteriormente era más importante formar una familia, ahora puedes desempeñarte más con tus proyectos de vida” y “seguirte desarrollando en el ámbito profesional”.

No cabe duda: el tema generacional y el contexto geopolítico resultan muy importantes en términos de cómo los mandatos de género y las posibilidades emergentes interpelan de manera distinta a las participantes.

Sin embargo, parece que frente al binomio familia-trabajo y pareja-trabajo, se hace presente lo que Burin (2008) denomina las “fronteras de cristal”: esa serie de encrucijadas a las que se enfrentan sobre todo las chicas jóvenes, ante el tema de “decidir” (o anticipar que “tendrán que decidir”) entre familia o trabajo. Ello hace que en ocasiones tengan que vivir bajo un conflicto interno.

Más adelante, Camila señala que lograr lo que hasta ahora ha conseguido le ha costado perder momentos con su familia y amigos; pero sobre todo también le ha acarreado no tener una relación de pareja estable:

Es lo mismo: pierdes, porque si no te entienden ni te comprenden. . . A mí me ha costado mantener una relación formal: por trabajo, siempre, hasta la fecha. [En] Las últimas dos parejas que he tenido, mi problema ha sido el trabajo. Y terminas las relaciones. Yo en mi caso he decidido por mi trabajo (Camila, entrevista personal).

Al final, lo que resulta interesante es que las participantes se ven frente a la opción de hierro; y reiteran que lograr ser autónomas supone un costo: una pérdida.

## ENTRE LA MATERNIDAD, EL CUIDADO DE OTROS Y EL CUIDADO DE SÍ MISMAS

Como parte de los elementos que se configuran en las subjetividades e identidades de las participantes, surgió el tema de la maternidad, ya fuera como un aspecto crucial en sus proyectos de vida, o bien porque era algo que en algún momento generaba inquietud frente a la posibilidad de “no querer tener hijos o hijas”. Como señala Burin (2004), la cultura ha identificado a las mujeres con la maternidad y se ha valido tanto de recursos materiales como simbólicos para garantizar esa concepción.

Para varias participantes, el ideal y el deseo de ser mamá se hizo presente en sus historias, y delimitó —en mucho— las posibilidades en cuanto a su propio desarrollo. No obstante, aquí expongo ejemplos de las participantes que —frente a ese dictado— compartieron los procesos de transgresión a estos mandatos y las formas de resistir.

Así aparece Luz: 51 años, soltera, sin hijos/as, secundaria, bisexual, quien durante su relato compartió cómo desde temprana edad empezó a reflexionar sobre la maternidad:

Empecé a observar que la maternidad era una cuestión de esclavitud, de limitación y para mí casi, casi, como de enfermedad. Es que decían: “Ya se alivió: tuvo un niño”, [...] y en cuanto nacía el niño, el niño era un tirano que no soltaba a la mamá. Y yo sabía que no quería tener niños (Luz, entrevista personal).

En el caso de Luz se hacen manifiestas otras condiciones que —por una parte— parecen posibilitar un replanteamiento de sí misma en tanto mujer, pero que a la vez la colocan en condiciones de vulnerabilidad frente al sexismo y la discriminación. Ella refiere las diferentes ocasiones en las que se percataba de las burlas que las niñas vivían.

Por ejemplo cuestionaba por qué en la escuela ellas no podían llevar pantalones si hacía frío, y los niños sí estaban calentitos con esta prenda; mientras ellas tenían que usar falda. Recuerda sentirse

a disgusto con las conversaciones que las niñas tenían respecto a la comida.

Ella prefería salir a jugar con los niños y echar fútbol. Prefería los *jeans* en vez de las trenzas y los moños. Así que refiere: “Yo veía en los ojos, en ciertas frases, una intención de censura, de rechazo de los demás: de los adultos. Yo sabía que no era como las demás”.

El hecho de ser bisexual también la coloca en otra encrucijada; a saber: el rechazo, la discriminación y la violencia homofóbica. Para Luz, frente a su disidencia sexual se devela el proceso de socialización y las normas rígidas de género como una barrera durante la infancia, pues cada vez que ella optaba por una actividad o expresión no coincidente con la visión hegemónica y normativa en torno al género, ello le acarrea miradas y expresiones de rechazo.

Así, bajo la lógica de un sistema patriarcal y heteronormado, aparece una barrera más: la heterosexualidad obligatoria (Rich, 1996); es decir: asumir o dar por sentado que las personas son heterosexuales, y por tanto desconocer cualquier otra vivencia o deseo. Ello abre el espacio para el ejercicio de múltiples violencias que atentan no sólo contra el bienestar físico de las mujeres, sino también contra el psicológico y emocional.

Por una parte, los ejercicios de exclusión y rechazo tanto en el escenario familiar como en el escolar abonaron a la deserción y al trabajo precoz de Luz. Ello imposibilitó tanto una vida libre de violencia como la libertad plena para ejercer su sexualidad (aspectos ligados con la autonomía física); pero también le planteó la dificultad con que se topó para obtener una mejor preparación educativa y —por ende— una mejor situación económica.

Quizá de manera menos consciente para Luz, es posible dimensionar que tuvo que “elegir” entre su familia o la posibilidad de ser ella misma. Situación sumamente importante a propósito de la dimensión subjetiva del devenir autónomo, pues como señalé antes con el caso de Camila, al parecer cuando las mujeres se “eligen” a “sí mismas”, eso supone un costo: quedarse solas o ser desterradas.

Ahora bien, el tema de suministrar cuidados y dar prioridad a otros es un rasgo que atraviesa la vida de las mujeres no sólo mediante la maternidad. Es el caso de Ena: mujer de 40 años, casada; estudió secundaria y se dedica a las labores del hogar en Chiapas. Creció en el campo, en una familia de 12 hermanos, incluida ella. Todo el tiempo narra la pobreza extrema en la cual vivieron, de manera que tuvo que trabajar desde la infancia. En ocasiones, en vez de dinero recibía pan o algo de comida para poder llevarlos a sus hermanos y hermanas.

Además de enfrentar los estragos de la pobreza, resistió también la crianza y cosmovisión sexista en su familia, situación que influyó en la decisión de que no estudiara: “por ser mujer”; y que, asimismo, se hiciera cargo del cuidado de sus hermanas y hermanos. Ella comparte:

Yo me quería preparar. Entonces por la pobreza en la que mis papás vivían, simplemente y sencillamente me dijeron que no. Por falta de dinero yo tuve que irme de “intercambio”. Yo trabajé de sirvienta para estudiar una prepa. Cuando el señor se enfada [*alude a su cuñado*] y me dice que no quiere que yo siga más ahí en la casa, me da mis cosas y me dice que me vaya. Yo no sabía ni a dónde irme porque yo quería seguir estudiando (Ena, entrevista personal).

Ena no tuvo que ser madre —en principio— para hacerse responsable de cuidar a sus hermanos y hermanas menores. De modo que esta idea de conceder prioridad a otros, que se asigne como una responsabilidad, que a la vez ella lo asuma como algo que necesitaba hacer —porque no le gustaba ver padecer a su mamá y hermanos— se vuelve una muy compleja carga emocional y física.

Es decir, se entrecruzan factores estructurales y subjetivos que inciden tanto en la dificultad de acceso a un proceso de educación como de desarrollo personal y profesional. Sin embargo, también tiene impacto en la cosmovisión que Ena expone de priorizar y “asumir” el cuidado de “otros”, atravesado por los afectos: por el deseo de “no ver padecer a su mamá y hermanos”, aunque para ella trajese consigo una carga no sólo afectiva y física, sino una barrera para su desarrollo.

Como señala Burin (2008), en la construcción subjetiva de las mujeres, frente a la división sexual del trabajo y las relaciones de poder, al interior del hogar ellas se colocan como las proveedoras de afecto. Ello es significado como el poder de los afectos frente al poder racional y económico que se asigna a los varones, lo cual convierte así las relaciones afectivas en una fuente principal a partir de la cual construir su identidad.

Aunado a lo anterior, también es posible pensar otra suerte de barrera subjetiva: el hecho de que las identidades de las mujeres se organicen conforme los mandatos de género; a partir de la capacidad para crear y mantener vínculos afectivos, de tal modo que se otorga prioridad al bienestar de los otros/otras por encima del propio.

Además, tales vínculos se traducen en maneras de sentir pertenencia y valía propia; por ello ejercen un peso tan importante en la vida y decisiones de las participantes. Nociones vinculadas con la maternidad, como son el *sacrificio*, el *amor incondicional*. . . parecen cumplir un papel muy importante en esta dificultad de desprendimiento.

#### EL DESPRENDIMIENTO Y DESAPEGO DE HIJOS E HIJAS: VERSE A SÍ MISMAS

Cuando las mujeres se encuentran ya en el ejercicio de la maternidad, las aspiraciones y deseos por superarse, personal y profesionalmente, les plantea retos permanentes. No sólo se trata de buscar “conciliar tiempos, espacios y actividades”, sino también negociar el cariño con sus hijos e hijas, con sus parejas u otras personas cercanas, así como sobrellevar los afectos y los sentimientos que surgen ante la idea de abandono de “sus” actividades, o el fallar como madre o esposa. Por ejemplo: culpa, frustración, tristeza o enojo.

Paola: mujer de 51 años, divorciada, sin pareja, profesional, estudió un doctorado, y actualmente trabaja dentro de una Universidad; vive con su hijo de 20 años y su hija de 18. Su papá vive con ellos. Ella mantiene económicamente a su familia y se describe a sí misma como una mujer en “búsqueda de su autonomía”.

Paola es enfática al decir que nunca pensó dedicarse a la casa. Tenía intenciones de regresar al trabajo, situación que —frente a su divorcio— ya no fue opcional: tuvo que mantenerse a sí misma y a su familia. Durante varios años trabajó por las mañanas para poder pasar la tarde con su hija y su hijo, pues no contaba con el apoyo de su ex pareja. No obstante, cuando terminó el doctorado, le ofrecieron un puesto de coordinación y ella recuerda lo siguiente:

Al principio fue una negociación con mis hijos. Yo siempre trabajé medio tiempo [...] tenía un horario cómodo con toda la tarde libre; pero yo consideré que no había muchas posibilidades de desarrollo profesionalmente para mí [...]. Entonces, pues cómo le hacía: pues llevaba a mi hija a la escuela; por mi hijo pasaba el camión. [A ella] la recogía mi papá; comían los dos con él en la casa. Y a partir de que llegaban de la escuela, yo me comunicaba con ellos por teléfono: les preguntaba qué tenían que hacer de tarea. Teníamos una comunicación muy cercana; entonces todo era vía telefónica (Paola, entrevista personal).

No obstante, Paola también comparte que lograr lo que hoy tiene ha traído consigo reclamos. Sobre todo de su hija, con quien —desde su mirada— “le tocó menos mamá”, porque debía quedarse gran parte del día en el trabajo. Desde pequeña su hija le hizo saber que “no ha estado ahí: en casa”, situación que —sobre todo al principio— fue difícil de sobrellevar sin sentirse culpable.

De tal modo que algunas participantes no sólo se enfrentan a las dificultades que plantea la doble presencia en tiempo y posibilidad tanto física como mental para atender ambos escenarios, sino también a las demandas que pueden generarse alrededor de ello y los costos emocionales que trae consigo.

Para algunas participantes se hace evidente la manera como han postergado su desarrollo personal —no sólo profesional o laboral— a propósito de su rol como madres. Por ejemplo, Rita: 41 años, casada, con tres hijos, primaria inconclusa, dedicada a las labores del hogar en



Lázaro Cárdenas, Michoacán, comparte los costos que el rol de esposa y ama de casa le han hecho pagar, sobre todo al cuidado de sus hijos:

¡Uff! Como mujer y como ama de casa, los costos de que siempre fui una persona —que no sé si por el hecho de ser mujer— siempre fui (y así siempre lo pienso) primero en todos y al último en mí [...]. Siempre pensando en los demás, pensando en mi familia: iniciando con los hermanos; después con los hijos; otro también el marido [...]. Sé que tengo derecho a muchas cosas y sé que si peleo por ello, lo voy a lograr. Nada más que siempre se interpuso el amor que le tengo a las demás personas. Entonces fui posponiendo (Rita, entrevista personal).

Otras participantes también negocian con los sentimientos de culpa y malestar que se generan frente al hecho de ser madres y tomar decisiones que atentan contra lo normativo. Ese fue el caso de Julia: 47 años, separada, con dos hijos de 23 y 19 años, en Ciudad de México, quien reconoce que —de alguna manera— sus hijos eran una “excusa” para no atreverse a “correr el riesgo” (salir de la relación de maltrato en la que vivía):

[...] romper con los paradigmas de, si soy una buena mamá, tengo que aguantar, tengo que sacrificarme por mis hijos. Entonces me costó a mí misma ir rompiendo con esos conceptos que yo tenía de antes. Y dije no: espérate. Creo que mis hijos van a estar mejor si yo estoy mejor. Si ven una mamá contenta y realizada, van a estar mejor (Julia, entrevista personal).

Enfrentarse a dos deseos que se viven como contradictorios, resignificar las ideas y valores relacionados con la maternidad, hacer frente a los efectos que sus decisiones pueden acarrear para ellas, para sus familias o socialmente, requiere que las participantes se mantengan en continuas negociaciones. Sobre todo consigo mismas, para silenciar la voz que les dice que están mal: que no son buenas; que no están o que no dan lo suficiente.

La exigencia de estar en dos lugares coloca a las mujeres no sólo frente a la opción de hierro: se confabula además con sentimientos de culpa y remordimiento. Algo interesante: frente al dilema de “a qué dar prioridad”, también tiene cabida el temor a quedar solas. A no encontrar quien las “quiera”.

#### SER Y PODER POR MEDIO DE OTROS EL PESO DE LOS VÍNCULOS AFECTIVOS

En casi todas las entrevistas realizadas durante la investigación, el tema de tener una pareja, estar sin pareja, o sentir culpa, remordimiento o tristeza por haberse separado de la pareja —aun cuando ésta ejercía violencia sobre ellas— se hizo presente en diversas experiencias. Vale la pena considerar (como lo han señalado diferentes autoras: Esteban Galarza y Távora, 2008; Lagarde, 1998; Lagarde, 2012) el papel que desempeña el amor en la construcción identitaria de las mujeres, así como la amenaza de perderlo (Levinton, 2000).

Como refiere Levinton, muchas afirmaciones sobre la feminidad se han asentado en la idea esencialista de las mujeres tanto a partir del rol de madre como del de esposa, de manera que los vínculos y cuidar de otros, se coloca como un referente muy particular en el psiquismo femenino. Por ejemplo, Marcela: 24 años, soltera, licenciatura, sin hijos. Vive con su familia de origen, que la apoya económicamente, en Ciudad de México. No tiene en puerta todavía un proyecto de pareja o maternidad, pero comparte:

Sí se me antoja tener una pareja. Aunque también sé que podría pasar el resto de mi vida sin casarme y tener una pareja. Y estaría bien; pero mi inconsciente dice que estaría mejor compartiendo con un hombre [...] sobre todo... no sé si quiero tener hijos; pero si los tengo, sí creo que debo tener un hogar con un ambiente propicio para ellos. Y mi idea de “ambiente propicio” [...] se apega a la idea tradicional de una mujer (Marcela, entrevista personal).

La idea de “un hombre al lado” se vuelve casi indispensable, sobre todo si se piensa en la maternidad. Como refiere Nora Levinton (2000), en el superyó femenino las necesidades de apego ocuparán un lugar muy importante, por diversas razones; entre ellas destaco el impacto que tiene en el psiquismo de las mujeres la versión de la “heroína femenina” vinculada con la “gran cuidadora”, imagen que exalta los atributos de bondad, entrega, cuidado de la vida y de las relaciones afectivas.

Aunado a ello, bajo el formato de “género” se potenciará el rol maternal justo en la capacidad de cuidado y atención, función que es transferida a todo tipo de relaciones. Ocupa un lugar muy importante tanto en la identidad como en la autoestima de las mujeres.

Finalmente, como señala Levinton (*Op. cit.*), se halla el sentimiento de culpa que tiñe el universo subjetivo femenino y abona a autoinculparse frente a cualquier “falla” ligada a los vínculos afectivos (dificultades o vicisitudes), pues terminan siendo interpretadas como “fallas de la identidad”.

Ahora bien, la idealización de una relación de pareja no es un fenómeno aislado: se ve investida de “los ideales del amor romántico”; constituye uno de los aspectos que abre la puerta a la violencia de género y atenta directamente contra la autonomía de las mujeres.

Laura: 27 años, en una relación de pareja, enfermera, Estado de México, joven proveniente de un escenario económico precario, que en principio tuvo la posibilidad de adquirir una preparación técnica como enfermera. De ahí surgió su deseo de hacer una licenciatura y luego un posgrado. Se trata de un ejemplo en el que, incluso desde el noviazgo, ya enfrentaba este ejercicio de control por parte de la pareja, el cual ejercía coerción sobre sus decisiones.

Rememora cómo en una relación de pareja que tuvo en ese tiempo, sentía que él no le daba la libertad de crecer. De hecho comparte que fue una etapa difícil, porque pensaban de maneras muy distintas. Él estaba convencido de que “las mujeres deberían permanecer en sus casas”, “preparar la comida”, “hacer el aseo”. . . Por su parte, Laura estaba descubriendo las posibilidades de tener una vida distinta, prepararse mejor y conseguir otras oportunidades.

Para ella fue un *shock* cuando su ex pareja le espetó que, “de seguir estudiando, ya no se casaría con ella”; y que, “de casarse, no la dejaría trabajar o hacer algo con su profesión”.

Sin duda se enfrentó a esta encrucijada vinculada con “tener que decidir” entre su desarrollo profesional *versus* contar con una pareja. Sobre todo formar una familia, pues ella quería casarse y tener hijos; pero también deseaba seguir creciendo.

Como señalan Esteban Galarza y Távora (2008), la conformación de la subjetividad en las mujeres puede promover el desarrollo de un sistema de valores que alimenta dos deseos fundamentales: el ideal maternal como constitutivo de la subjetividad y el deseo maternal como fundante de la “feminidad”.

Así, se hace evidente por una parte el conflicto interno que se anticipa frente a la encrucijada de tener que elegir entre los dos escenarios. Es decir, se hacen presentes las fronteras de cristal, aspecto que (como indica Burin, 2008) deja ver —sobre todo en las chicas jóvenes— los nuevos dispositivos que funcionan en las relaciones de poder y los vínculos de intimidad que se entablan entre los géneros, pues el conflicto por el que atraviesan muchas de ellas consiste en no estar dispuestas a “sacrificar” su desarrollo personal y profesional.

Sin embargo, esa disposición no siempre resulta compatible con las realidades en las que se encuentran; tampoco con lo que han internalizado e idealizado desde el orden de género.

En contraste con la experiencia de Laura, Viviana: 34 años, madre soltera, secundaria, ama de casa en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, conoció a su ex pareja después de terminar la secundaria. Tenía 17 años y comparte que aunque intentó seguir estudiando, él no se lo permitía. Solía decirle que si entraba a estudiar, seguro iba a dejarlo o se iría con otro. Empezaron a vivir juntos. A partir de entonces, tampoco le permitió trabajar o salir de casa, por lo que fue aislándose y perdiendo contacto con las demás personas. Ella relata:

Sí, de hecho yo ya no quería estar ahí. Ya era incómodo para mí estar ahí. Caí en depresión. Ya no quería nada; me estaba muriendo en vida:

ahí, con él. Haz de cuenta que lo veía negro y era blanco. O a veces pasan cosas que ni te las esperas (Viviana, entrevista personal).

Conforme reflexiona, comenta que le tomó tiempo despertar. A partir de que su hija entró al kínder, Viviana comenzó a conocer gente, a vender cosméticos por catálogo, a tener su propio ingreso, y se dio cuenta de que, sola, ella podía.

Desde una perspectiva feminista, resulta imposible pensar que las mujeres nos vivimos de manera pasiva frente al ejercicio de este dominio y control patriarcal. Las participantes también dan cuenta de las posibilidades de resistencia y —en algunos casos— de sus procesos de transgresión.

Laura comparte que puede recordar las veces que en casa de sus tías veía que sus parejas las golpeaban, y se recuerda diciendo: “No. Una mujer no se merece eso”. También refiere el maltrato que vivía su abuelita, así como otras experiencias que fueron ayudándola a replantear la manera de mirarse a sí misma.

Por su parte, Luz: 51 años, soltera, secundaria, bisexual, compartió que en su casa enfrentaba una suerte de censura y violencia “pasiva”, tanto por parte de su madre como de sus hermanas, quienes a menudo le repetían que

[...] nunca iba a ser una señorita y a tener novio. Y todo eso no me interesaba. A mí se me hizo una fijación; porque llegó el momento en el que era una fijación: “Quiero ser grande”. “Quiero ser grande”. “Quiero irme de la casa”. “Trabajar e irme de la casa y vivir mi propia vida” (Luz, entrevista personal).

Esto le generó mucho malestar e incomodidad. La idea de lo que no sería y lo que no tendría se volvió una fijación. Ello la forzó a pensar desde los 11 o 12 años cómo “salirse de su casa”. A los 16 años empezó a trabajar de manera formal. A los 18 se independizó y abandonó sus estudios para poder laborar y subsistir por sí misma.

Como lo señala Marcela Lagarde (1998), todas las mujeres hacen frente a la opresión y el dominio de uno u otro modo, mediante:

- a. asumir la naturalidad de este dominio y opresión;
- b. resistir y desobedecer al poder;
- c. subvertir el orden familiar, conyugal, laboral y de todo tipo con acciones opuestas y contrarias; y
- d. transgredir: la síntesis de las tres formas anteriores.

La importancia del vínculo afectivo en las subjetividades de las participantes se hace presente no sólo en la expectativa y deseo de tener una pareja, sino también en el temor a perderla. O bien frente al dolor y ruptura indescriptible que sintieron ante una separación o divorcio; incluso la duda que las acecha tras haber tomado esa decisión.

Así ocurrió en el caso de Fabiola: mujer heterosexual, 48 años, secundaria inconclusa, separada, con tres hijos, quien vive en Estado de México, empleada, y que durante 24 años de su esposo recibió golpes, agresiones verbales, violencia económica y vivió bajo la prohibición de trabajar.

En la entrevista (a cinco años de la separación), Fabiola recuerda aún con mucha tristeza lo que vivió; aunque reconoce que todo ello trajo consigo un cambio positivo porque ella pudo ser más independiente. La sensación de profunda soledad y lo que ella había idealizado (todas las mujeres quisiéramos casarnos, ser felices y vivir siempre con la pareja), la lleva a compartir lo que a veces piensa y siente:

Me siento sola. Hay veces que siento culpa también, porque digo: ¿De verdad? O sea, me pregunto: ¿Hice bien al dejar todo y estar viviendo ahora sola? Pues es algo que a veces ni yo misma me doy la respuesta, porque hay unas veces que me siento muy a gusto. Hay momentos en los que sí siento la necesidad de... a lo mejor de él. De que estuviera ahí: cuando le daba gusto ver por sus hijos o comentamos algo; [...] pero a la vez, cuando vuelvo a poner en balanza mi vida de antes y la de ahora,

pues no. Siento que estoy mejor así. Bueno, para mí en lo personal, yo me siento mejor así (Fabiola, entrevista personal).

Sin duda, este referente imbricado en la subjetividad de las participantes no sólo lleva a intentar “aguantar” o “soportar” situaciones de violencia”, sino también a abandonar proyectos personales, a tener miedo de emprender algo, pues —como varias señalaban— “es el temor a la soledad”, “a vivirse solas”, “a no poder por ellas mismas”. Al respecto, Marcela Lagarde (2012) comenta:

Nos han enseñado a tener miedo a la libertad; miedo a tomar decisiones, miedo a la soledad. El miedo a la soledad es un gran impedimento en la construcción de la autonomía, porque desde muy pequeñas y toda la vida se nos ha formado en el sentimiento de orfandad; porque se nos ha hecho profundamente dependientes de los demás y se nos ha hecho sentir que la soledad es negativa.

En ese sentido, la barrera subjetiva aparece precisamente en la manera como se ha contribuido a generar una sensación de desamparo como parte de la construcción identitaria en las mujeres. Según Alejandra Buggs (2017), los mensajes cargados de temor a la soledad se acompañan de consignas que se repiten una y otra vez en la cotidianidad de las mujeres:

- “No debes quedarte sola”.
- “No debes estar sola”.
- “No debes vivir sola”.
- “No debes salir sola”.

De manera que la idea de recibir la protección masculina y tener a un “hombre” al lado resulta un dispositivo con fuerte impacto en la dificultad para vivirse como seres autónomos y capaces en múltiples sentidos.

Por supuesto, como todas las barreras que he ido refiriendo, ninguna puede entenderse como un aspecto intrínseco a las personas, volitivo y necesariamente consciente. Además, tampoco puede deslindarse de los efectos materiales que estas prácticas y discursos acarrearán. Así, para algunas participantes optar por sí mismas, priorizar su proyecto, al final acarrea consecuencias; una de ellas: el rechazo de sus posibles parejas.

Lo anterior ejemplifica el caso de Paola: 51 años, divorciada, profesional, heterosexual, Ciudad de México. Ella refiere que en la medida en la que se ha preparado, se concibe y se vive como mujer independiente y autónoma; pero cuando empezó a salir de nuevo con alguien, él le dijo: “Me asustas”. “Me asustas un poco. O sea: no estoy acostumbrado a relacionarme con mujeres que se conciben como independientes”.

O bien, el caso de Camila: 25 años, joven profesional, soltera, que vive con su familia de origen en Morelia, Michoacán. Para ella, priorizar su desarrollo profesional le ha traído consigo —además de no sostener relaciones de pareja estables— incluso anticipar que hay que buscar hombres muy comprensivos, y muchas veces ese tipo de varones no es fácil de conseguir.

#### EL EMBATE DE LOS AFECTOS EN LA VIDA DE LAS MUJERES

Mediante los diferentes relatos compartidos por las participantes en esta investigación, aparecieron —de múltiples maneras— sentimientos de culpa, remordimiento, miedo y vergüenza, los cuales a menudo las silenciaron. No obstante, en casi todos los casos resultaron fundamentales para sus “decisiones”, “elecciones” y “postergaciones”.

“Te resignas o te opacas”, comenta Rita: 41 años, casada, con tres hijos, primaria inconclusa, dedicada a las labores del hogar en Lázaro Cárdenas, Michoacán, frente al planteamiento de si quisiera cambiar algo en su vida actual. La participante comparte que antes quería



estudiar y prepararse; pero conforme el tiempo ha transcurrido, se ha vuelto muy apática:

[...] me ha agarrado como una... podremos decirlo: como una apatía. O no sé. Me he encerrado, por decirlo, en mi casa, pues hay días en los que no me asomo ni a la puerta. Y luego me he encerrado mucho. Digamos, no sé si te resignas o te opacas tanto que se te olvida qué realmente querías años atrás: qué eran tus planes, qué era lo que querías obtener de la vida (Rita, entrevista personal).

En algunos casos, el miedo a encontrarse solas y la idealización de estar en pareja, “dar todo por el otro o la otra”, ha colocado a las participantes en situaciones complejas que han representado pérdidas materiales y afectivas, que las han llevado incluso a tomar una postura “radicalmente” distinta. Claudia: mujer de 31 años, *gay*, en una relación de pareja, con licenciatura, Ciudad de México. Ella comparte cómo se vive en la actualidad tras perder por amor su trabajo, su casa y su estabilidad:

Creo que me fui al otro extremo. [...] Yo he sido una persona que le gusta estar con alguien y le gusta amar, y le gusta que esa persona esté bien, y construir ambas. Y me daba mucho miedo la soledad, y me daba mucho miedo construir. Y ahora no. Ya no tengo ese miedo. Anhele esa soledad y de hecho me fui al otro extremo: me da miedo que se acerquen demasiado. Me da miedo que invadan ese espacio. Prefiero que estén lejos. Que llegue nada más de repente y se vaya (Claudia, entrevista personal).

Para otras participantes, el malestar, derivado de la rutina, el encierro, las tareas que se desprenden de los roles asignados y asumidos (aunado en algunos casos a la falta de “atención” que perciben por parte de las parejas), termina desdibujado, invisibilizado o encubierto bajo los estereotipos de género. Incluso justificado bajo una versión androcéntrica, en el sentido de atribuir que todo malestar emocional tiene que ver con “las hormonas”.

Ena: mujer de 40 años, casada, quien estudió secundaria y se dedica a las labores del hogar, en Chiapas, comparte:

Haga de cuenta que, si ahorita estoy bien, al ratito estoy de un humor... pero tremendo. A veces yo no sé si... ¿existirán las premenopausias? No lo sé. Pero C [*su pareja*] me dice: “Ay, es que ya estás con tu premenopausia. Ya me voy”. Y sí, porque a veces, haga de cuenta que estamos bien; pero de repente [...] entró el diablo, y un temperamento que yo traigo... que ni yo puedo con él (Ena, entrevista personal).

O bien, las participantes cuyo malestar deriva de encontrarse bajo el yugo de la doble presencia: no sólo frente a los hijos, sino incluso cuando hay terceros que requieren de cuidados.

Paola: mujer de 51 años, divorciada, sin pareja, profesional. Estudió un doctorado, y actualmente trabaja en una Universidad. Ella comparte el desgaste tanto físico como emocional bajo el cual se vive no sólo cuando no tiene tiempo suficiente para hacer todo lo que le gustaría en términos de su carrera profesional y laboral, sino incluso en cuanto a su cuidado personal y su tiempo de descanso, pues entre el trabajo, los hijos y su padre enfermo, en ocasiones las cosas se le complican:

Desgaste, mucho desgaste en tiempos difíciles. En tiempos “normales” me gusta mi trabajo. Estoy acostumbrada al ritmo de trabajo. Desgaste emocional sí, sobre todo cuando la vida se vuelve muy complicada. Hay veces que mi papá ha estado internado. Lo operan de algo. O sea, para mí es caótico que algo cambie la rutina. Cuando sucede algo extraordinario, me genera mucho desgaste emocional y físico (Paola, entrevista personal).

Como refiere Ágnes Heller (1980), hay una suerte de esquizofrenia vital de las mujeres, derivada de los múltiples roles que han de desempeñar tanto en el ámbito doméstico como en el extra doméstico. O lo que supone llevar una doble vida, donde cada una tiene que ver

con cómo se desdobra y cumple en cada espacio; además de intentar integrar eso a su propia subjetividad.

Sin duda resulta imposible obviar el embate que ejercen los afectos en la vida de las mujeres. No hablamos de cualquier tipo de experiencia afectiva, sino de las que se hallan directamente imbricadas en la lógica patriarcal y funcionan como dispositivos de control, observancia y calibración entre el deber y el querer ser de las mujeres.

## CUERPOS, SEXUALIDADES E IDENTIDAD

### LA MIRADA DEL OTRO EN LA SUBJETIVIDAD

No seguir las normas de género tiene costos visibles e invisibles para las mujeres.

Claudia: mujer de 31 años, *gay*, en una relación de pareja, con licenciatura, Ciudad de México. Ella comparte el lugar que ha ocupado su orientación sexual como obstáculo no sólo en lo personal, sino en lo profesional. Si bien vivirse como mujer *gay* le ha permitido tener una mentalidad diferente y ser más segura de sí, en el trabajo de hecho no le beneficiaría profesionalmente que la gente se enterara de su orientación sexual. Así que nadie lo sabe.

Lo anterior porque destaca que frente a los comentarios misóginos y machistas que ha escuchado, ha de ser fuerte y no doblarse, pues la gente muy tradicional no sólo espera que ella sea sumisa, sino que se preguntan por qué no tiene a un hombre al lado. Y aventuran que no tiene pareja debido a su carácter. Lo mismo pasa en su familia. Ella refiere:

Mi familia, mi círculo principal sí lo saben, y lo aceptan perfecto; pero el círculo aledaño: tíos, abuelita —ya sabes—, ellos sí de repente sueltan comentarios de que no aceptan tu condición *gay*. Aceptan que estás sola, eres exitosa profesionalmente; pero estás sola. Porque para ellos estás sola si no tienes un hombre a tu lado (Claudia, entrevista personal).

Aunado a lo anterior, también comparte:

En el aspecto profesional, increíblemente me han dicho o han comparado y llegado a la conclusión de que podría ser *gay* o no. No por mi aspecto físico, ni porque lo parezca, sino por la condición de que no me someto a ningún hombre. Entonces empiezan los insultos, ¿no? “Así que también te gustan las mujeres”. “Eres lesbiana”. “Bla, bla, bla” (Claudia, entrevista personal).

Claudia reconoce que, a diferencia de las mujeres más jóvenes: “de veintitantos”, las mujeres *gay* de su generación no nacieron con la misma ventaja de estar informadas. Ella ve a las chicas de ahora más femeninas, con más empuje y soltura: sin entrar en conflicto por decir qué son: “Yo no quiero etiquetas”. “Yo soy libre”. Mientras que ella se percibe a sí misma a la mitad, con la necesidad de tener una etiqueta; pero también con la dificultad para manifestarlo en ciertos escenarios.

Por otra parte, el cuerpo de las mujeres está atravesado por múltiples introyectos. Uno muy importante es el aspecto físico y resultar “atractiva” para alguien.

Marcela: 24 años, soltera, licenciatura, sin hijos. Vive con su familia de origen, y su familia la apoya económicamente en la Ciudad de México. Comparte que le encantaría tener una pareja; pero refiere las dificultades que ha tenido con el peso como un factor que la ha detenido. Comenta:

Mis problemas con el aspecto físico [...] pues sí siento que son dos: o sea una como la parte más realista, más física es que a veces sí me dejo, por ejemplo, engordar. Y me enojo un buen, y me deprimó. Y ya, vuelvo a empezar: hago dieta, me pongo a hacer ejercicio [...]; pero, por otro lado, está la parte de mi mente [...] que yo exagero demasiado. O sea, sí: soy súper juzgona conmigo misma. Súper, súper juzgona (Marcela, entrevista personal).

Me parece fundamental situar el papel que cumple la mirada de los otros/otras en la vida de las mujeres; sus decisiones y malestares, en

tanto (como señala Emilce Dio Bleichmar, 1998), durante el proceso de socialización, las niñas y adolescentes aprenden que la configuración del deseo propio puede ir unida a la mirada de un hombre, lo cual sitúa el descubrimiento del “poder seductor” de su cuerpo. Asimismo, contribuye a que bajo diferentes grados de experiencia y significación, las mujeres aprehenden la idea de que su cuerpo, aun vestido, provocará miradas que las desnuden.

De manera que —como refiere la autora— reconocer que el estímulo sexual proviene del exterior, desempeñará un papel muy importante en la subjetividad de las mujeres para vivirse como “un ser para ser mirado”, lo cual abona a esa sensación de inseguridad corporal que se encuentra presente en muchas mujeres.

Tales experiencias —de ser miradas bajo esa connotación sexual— pueden ser vividas con mucha contradicción (Esteban Galarza y Távora, 2008). Es decir, como algo que no se desea pero que, en alguna parte, “se siente bien”.

Fue el caso de Fabiola: mujer heterosexual, 48 años, secundaria inconclusa, separada, con tres hijos, quien vive en el Estado de México, y es empleada. Ella enfrentó una de las barreras externas más frecuentes en el escenario laboral; a saber: el acoso y hostigamiento sexual, el cual si bien es reconocido, se complejiza en la vivencia y puede llegar a ser invisibilizado o justificado por los trazos patriarcales enumerados que se hallan en la subjetividad de las participantes a propósito de su cuerpo y su sexualidad:

Hay veces que como mujer te levanta la autoestima, ¿no? Por ejemplo: a mí me levanta la autoestima que a mi edad le pude llamar la atención a esa persona, ¿no? Pero a la vez me molesta también. Me molesta porque muchas veces me ha acarreado muchos problemas con la gente, con los jefes de mis trabajos; por lo mismo, o sea: hay veces que yo quisiera pasar desapercibida, que no me tomaran en cuenta en ese aspecto, que no se fijaran en mí como mujer. Que se fijaran como persona. Y sí, sí me ha afectado. De hecho he dejado varios trabajos por esta situación (Fabiola, entrevista personal).

Asumir no sólo que se es a través del otro, sino pretender parecer como el otro, es también una situación que deja ver los trazos patriarcales en la subjetividad de las mujeres a propósito de sus identidades.

Claudia: mujer de 31 años, *gay*, en una relación de pareja, con licenciatura, Ciudad de México, identifica que en el trabajo se espera que las mujeres sean fuertes, que tengan la capacidad de proporcionar a la empresa las mismas cualidades que puede tener un hombre: independencia, disponibilidad y entrega, aspectos que —identifica— van en contra de las exigencias y expectativas familiares. Incluso en contra de lo que socialmente se enseña o se aprende. Así, comparte la manera como ha tenido que actuar y pensarse a sí misma:

¿Cómo la voy a hacer de gerente si lloro? Porque la sensibilidad de la mujer no se puede tirar ¿no? Y no porque sea fuerte, decidida, autónoma, va a dejar de llorar [...]. Cuántas veces no nos han hecho enojar que sientes que tienes el coraje hasta en la garganta y vas a llorar [...]; pero el punto es controlarlo, después de escuchar comentarios misóginos y machistas de [...] no doblarte ante nadie. Te aguantas y lloras después (Claudia, entrevista personal).

No puede desconocerse el impacto objetivo y subjetivo que trae consigo para las mujeres el hecho de que la cultura organizacional “hegemónica” se caracterice por ser exclusivamente masculina. De modo tal que tanto los estilos de liderazgo, éxito e incluso prácticas de negociación y trabajo *per se*, se encuentren atravesados por una visión andrócentrica, sexista y homofóbica, que devalúa todo lo vinculado con lo femenino (*cf.* Burin, 2008; Barberá Ribera, Estellés Miguel, y Dema Pérez, 2009).

PARA SER AUTÓNOMAS, HAY QUE CONECTARNOS  
CON NOSOTRAS MISMAS

¿Qué hacer frente a todo lo aquí expuesto?

Sin duda el presente texto no resulta exhaustivo ni concluyente. Aún queda mucho más para pensar y dimensionar en torno a la manera como se coloca lo subjetivo mediante las diferentes vivencias de opresión, discriminación, violencia y desigualdad que viven las mujeres.

Es un hecho que la autonomía no constituye una pauta de relación que se promueva desde la educación para las mujeres. Por el contrario, se estimula la conexión casi simbiótica (Reyes, 2011); o (como refiere Marcela Lagarde, 1998) de fusión con los otros.

Así, bajo la división sexual que sostiene el sistema patriarcal, las subjetividades de las mujeres han girado hasta ahora en torno al tema del cuidado de la vida y la relación con otros. Como sugiere Nora Levin (2000), ello abona a la desconexión progresiva consigo mismas.

En la medida en la que “las formas implícitas y consentidas de dominación son más difíciles de desarticular por el modo como arraigan en la subjetividad al estar incluidas en el sistema de creencias, argumentos y sentimientos (imaginario social-grupal-individual), legitimado y naturalizado socialmente” (Reyes, 2011: 45), se vuelve indispensable poner bajo la lupa la manera como los modos históricos-culturales de relación producen tanto las posibilidades como las dificultades para la individuación.

Por supuesto, como lo señala Marcela Lagarde (1998), es necesario reconocer la relación interdependiente que prevalece entre los aspectos estructurales, socioculturales y subjetivos que inciden en la vida de las mujeres para lograr un desarrollo autónomo. Aunque en el presente texto no di espacio para situar las barreras externas que se confabulan con las barreras internas, es un hecho que se encuentran presentes.

Es importante dimensionar lo anterior, bajo la idea de comprender que las diferentes maneras de vivirse y posicionarse ante las demandas del deber ser y las posibilidades del querer ser, no son situaciones que se resuelven en el ámbito de lo “personal”; aun cuando, desde sus experiencias, varias participantes parecen vivirlo así.

Lo anterior también —me parece fundamental aclararlo— porque desde mi disciplina: la psicología, el abordaje y comprensión de la autonomía en las mujeres (así como los retos a los que se enfrentan) suelen ser problematizados a partir de aproximaciones sumamente reduccionistas, ahistóricas y descontextualizadas.

Lagarde (1998) reitera que la autonomía es siempre un pacto social: ha de ser reconocido y apoyado socialmente, y encontrar los mecanismos operativos para funcionar. No obstante, también señala que la autonomía se construye mediante los procesos vitales psicológicos; y el ámbito de la subjetividad es un aspecto central para su constitución. En ese mismo sentido, Mabel Burin (2008) señala que frente al reto de lograr una igualdad de género, no es suficiente contar con políticas públicas que tengan ese fin, pues en la medida en la que las desigualdades subjetivas persisten, ello supone un obstáculo para las mujeres.

Mediante el repaso de las experiencias compartidas por las participantes y el esbozo aquí presentado, resulta evidente que diversos trazos patriarcales atraviesan las subjetividades de las mujeres. Ellos las colocan en una posición periférica, donde “los otros” son el centro y la prioridad; incluso cuando ellas tienen plena conciencia de sus capacidades y logros propios.

Cuesta trabajo a varias participantes re/conocerse: reconocer que pueden solas. La “mirada de los otros” cumple un papel fundamental en muchas de sus decisiones y malestares emocionales: tener miedo a fallar, a no dar el ancho, a causar enojo, a “alejarse”, a no gustar, a no encontrar quién las quiera. . . Incluso vivir el cuerpo propio como algo que no les pertenece, pues está siempre sujeto a esa mirada que incomoda, pero “válida”.

Lagarde (1998) precisa que la autonomía es un hecho relativo según las circunstancias y, por tanto, el marco de análisis y construcción de ésta es complejo. De ahí que no basta con considerar sólo los géneros, sino también otros ejes que complejizan la vida de las mujeres: la edad, la clase social, la etnia, la orientación sexual y otras condiciones sociales. En ese sentido, mediante el análisis expuesto con los diferentes



relatos y circunstancias de las participantes, queda claro que resulta imposible homogeneizar experiencias.

Los contextos geopolíticos pueden desempeñar un papel importante en las posibilidades materiales y las restricciones ideológicas que viven las participantes. Sin embargo, esto no camina solo. En mucho influyen las relaciones y dinámicas familiares, los procesos de socialización, los mensajes cargados de estereotipos que se reproducen una y otra vez en los diferentes escenarios donde se desenvuelven las participantes, así como las barreras estructurales más notables como la pobreza, la violencia de género y el techo de cristal.

Por supuesto, los momentos vitales son fundamentales; sobre todo en el cruce con aspectos generacionales que conducen a posicionamientos aparentemente opuestos o diferentes entre algunas mujeres. No obstante, al final todos van atravesados por los introyectos de género que conducen a contradicciones y malestares: entre ser para otros o ser para sí mismas.

Algunas conclusiones resultan inevitables a la luz de los resultados.

La autonomía es un proceso gradual, y no se puede delimitar por un solo escenario o circunstancia que una mujer es autónoma y otra no. Más bien se puede tener mayor autonomía en ciertos espacios y menos en otros; pero al final la autonomía se construye, y tiene que construirse en los procesos vitales.

La toma de conciencia, la capacidad de pensar y reflexionar sobre la propia vida resulta indispensable para arar el camino de la autonomía. Poder dar cuenta de quién se es; de lo que se ha logrado. O de lo que se ha abandonado a la luz de exigencias y restricciones derivadas de la condición de género.

Como lo señala Reyes (2011), en su dimensión subjetiva la autonomía brinda la posibilidad de crear sentidos autoafirmativos, cuando se asume una postura crítica frente a las significaciones sociales imaginarias (instituidas) que atraviesan los procesos identitarios y las experiencias de vida.

Finalmente, en tanto proceso, la autonomía no puede ser pensada como una meta sino como un camino, el cual no tiene formas únicas

de deslindarse: se va trazando a la luz de las posibilidades materiales, pero también simbólicas, de las participantes.

De ahí que resulte fundamental plantearse y pensar de qué maneras es posible abonar a la construcción de esta toma de conciencia en las mujeres; de dicha conexión consigo mismas. De aprender a ser egoístas, pero no bajo una lógica patriarcal, sino feminista. Es decir, reconociendo que la autonomía no significa pasar por encima de otros u otras, sino —en este caso— poder colocarse en un papel central y protagónico dentro de la vida propia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Silvina (2015). "La autonomía personal y la autonomía relacional". *Análisis Filosófico* 35, núm. 1: 13-26.
- Balbo, Laura (1994). "La doble presencia". En *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*, compilado por Cristina Borderías Mondejar, Cristina Carrasco Bengoa y Carme Alemany, 503-514. Barcelona: Icaria.
- Barberá Ribera, Teresa; Sofía Estellés Miguel; y Carlos M. Dema Pérez (2009). "Obstáculos en la promoción profesional de las mujeres: el 'techo de cristal'". 3rd International Conference on Industrial Engineering and Industrial Management. XIII Congreso de Ingeniería de Organización, Terrassa, Barcelona, 2-4 de septiembre.
- Buggs Lomelí, Alejandra (2017). *Mujeres, salud mental y autonomía emocional. Psicoterapia con perspectiva de género*. Colección Ensayo. México: Editorial Voces en Tinta.
- Burin, Mabel (2004). "Género femenino, familia y carrera laboral: conflictos vigentes". *Subjetividad y Procesos Cognitivos* 5: 48-75. Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Burin, Mabel (2007). "Trabajo y parejas: impacto del desempleo y de la globalización en las relaciones entre los géneros". En *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*, compilado por Lucero Jiménez Guzmán y Olivia Tena Guerrero, 59-80. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Burin, Mabel (2008). "Las 'fronteras de cristal' en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización". *Anuario de Psicología* 39, núm. 1 (abril): 75-86. Universitat de Barcelona-Facultat de Psicologia.

- Camarena Adame, María Elena, y María Luisa Saavedra García (2018). “El techo de cristal en México”. *La Ventana. Revista de Estudios de Género* 5, núm. 47 (enero-junio): 312-347.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016). “Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible”. Ponencia presentada en la XIII Conferencia Regional Sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Plaza Independencia, Montevideo, 25-28 de octubre, 2016.
- Cubillos Almendra, Javiera (2015). “La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista”. *Oxímora. Revista Internacional de Ética y Política*, núm. 7 (otoño): 119-137.
- Dio Bleichmar, Emilce (1998). *La sexualidad femenina: de la niña a la mujer*. Psicología Profunda. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Esteban Galarza, Mari Luz, y Ana Távora Rivero (2008). “El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas”. *Anuario de Psicología / The UB Journal of Psychology* 39, núm. 1: 59-73. Disponible en línea: <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/99354> [Consulta: 1 de abril, 2020].
- Gandarias Goikoetxea, Itziar (2017). “¿Un neologismo a la moda? Repensar la interseccionalidad como herramienta para la articulación política feminista”. *Investigaciones Feministas 8: Justicia Social, Interseccionalidad y Profundización Democrática*, núm. 1 (2017): 73-93.
- Heller, Ágnes (1980). “La división emocional del trabajo”. *Nexos* 31 (julio): 29-38.
- Hill Collins, Patricia (2015). “Intersectionality’s definitional dilemmas”. *Annual Review of Sociology* 41 (2015): 1-20.
- Lagarde, Marcela (1990). “Identidad femenina”. En *Secretaría Nacional de Equidad y Género*, 25-32. México: Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina. Disponible en línea: <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/identidad/texto3.htm> [Consulta: 16 de febrero, 2021].
- Lagarde, Marcela (1998). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Managua, Nicaragua: Fundación Puntos de Encuentro.
- Lagarde, Marcela (2006). “La soledad y la desolación”. *Centro Evangélico de Estudios Pastorales en Centro América, Programa Pastoral de la Mujer*, núm. 68 (mayo-junio). Disponible en línea: [www.mujerpalabra.net](http://www.mujerpalabra.net) [Consulta: 17 de noviembre, 2020].
- Levinton, Nora (2000). *El superyó femenino. La moral en las mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez Labrín, Soledad (2012). “Ser o no ser: tensión entre familia, subjetividad femenina y trabajo académico en Chile: un análisis desde la psicología feminista”. *La Ventana. Revista de Estudios de Género* 4, núm. 35: 133-163.

- Nayak, Suryia (2015). *Race, Gender and the Activism of Black Feminist Theory: Working with Audre Lorde*. Serie Concepts for Critical Psychology. Disciplinary Boundaries Rethought. Londres: Routledge.
- Ochoa Ávalos, María Candelaria (2007). "Pobreza y jefatura femenina". *La Ventana. Revista de Estudios de Género* 3, núm. 25 (mayo): 168-198.
- Platero Méndez, Raquel (Lucas), coord. (2012). *Intersecciones. Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Bellaterra.
- Poal Marcet, Glòria (1993). *Entrar, quedarse, avanzar: aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral*. Colección Ciencias Sociales. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014). *Informe sobre Desarrollo Humano, 2014*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Reyes Bravo, Rosa María (2005). "La autonomía psicológica en mujeres profesionales: análisis de un caso". *Otras Miradas* 5, núm. 1 (junio). Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/pdf/183/18350101.pdf> [Consulta: 17 de noviembre, 2020]. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.
- Reyes Bravo, Rosa María (2011). "Entre el deber ser y el deseo: mujeres profesionales en busca de su autonomía". *Sagardiana. Estudios Feministas*, 15. Valencia: Pressas de la Universidad de Zaragoza.
- Rich, Adrienne (1996). "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana". *DUODA: Revista d'Estudis Feministes* 10, 15-48.
- Rocha-Sánchez, Tania Esmeralda, y Cinthia Cruz del Castillo (2013). "Barreras estructurales y subjetivas en la transición de roles de mujeres mexicanas y su malestar emocional". *Acta Colombiana de Psicología* 16, núm. 1 (enero-junio): 123-135.
- Royo Prieto, Raquel; María Silvestre Cabrera; Lía González Estepa; Estíbalis Linares Bahillo; y Maialen Suárez Errekalde (2017). "Mujeres migrantes tejiendo democracia y sororidad desde el asociacionismo. Una aproximación cualitativa e interseccional". *Investigaciones Feministas* 8, núm. 1: 223-243. Universidad de Deusto.
- Torns, Teresa (2001). "La doble presencia: ¿una propuesta para lograr la Conciliación?". Ponencia presentada en la Jornada "Doble Jornada-Doble Presencia", Pamplona, España, 17 de octubre. Disponible en línea: <http://158.109.129.18/centreatigona/docs/articulos/La%20doble%20pres%C3%Aancia,%20ouna%20propuesta%20oper%20aconseguir%20la%20conciliaci%C3%B3n.%20Teresa%20Torns.%20Pamplona%202001.pdf> [Consulta: 17 de noviembre, 2020].
- Torns, Teresa (2005). "De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos". *Cuadernos de Relaciones Laborales* 23, núm. 1 (2005): 015-033.

Tunal Santiago, Gerardo (2007). "Propuesta teórica para el estudio del mercado de trabajo femenino". *Theoria. Ciencia, Arte y Humanidades* 16, núm. 1 (2007): 49-61.



# Narrativas y experiencias emocionales: la intersección de la experiencia, la narración y el discurso como acercamiento a las emociones de hombres *gay*\*

*Ignacio Lozano-Verduzco*

## INTRODUCCIÓN

*Yo, a los seis años, tenía contactos homoeróticos con otro amigo [...] éramos muy buenos amigos y siempre estábamos jugando. Ahí yo sentí por primera vez que me gustaba estar con un niño, que sentía bonito estando con él, más que con una niña [...]. Yo no puedo olvidar (ni quiero olvidar) el aliento, su respiración cerca de mí. Y que además nos abrazábamos o estaba uno encima del otro. Era una emoción. [...] No puedo olvidar, no quiero ni siquiera olvidar, esa sensación de placer, de gusto.*

HERNÁN, 58 años, profesional.

En el presente texto me propongo cumplir dos objetivos. El primero: argumentar teóricamente sobre la intersección de tres grandes categorías: las emociones, las narraciones y los discursos. El segundo: dar cuenta de la manera como las emociones de personas Lesbianas, Gay, Bisexuales y Trans (LGBT) —y, en específico, hombres *gay*— son forjadas desde los efectos de dos grandes sistemas sociopolíticos: el *patriarcado* y la *heteronorma*, conceptos que discutiré más adelante.

\* Agradezco la lectura y los comentarios críticos de Dani Cruz Gutiérrez, pues hicieron grandes aportaciones al presente texto.

Las palabras de Hernán son un claro ejemplo del conjunto de esos elementos teóricos que nos permiten entender que para él hay experiencias que no sólo marcaron su deseo, su orientación sexual y su identidad, sino que esas experiencias son —sobre todo— de índole emocional.

Tales emociones representaron marcajes que de adulto es capaz de comunicar gracias al repertorio discursivo y lingüístico que desarrolló, pese a comprender que su deseo no era adecuado para él. Además, la narrativa que nos comparte es un instrumento ideal para entender su vida íntima y social; específicamente en el terreno de la sexualidad, el género y el cuerpo.

Mi interés por estudiar esta intersección surgió en el marco de mi tesis doctoral (Lozano-Verduzco, 2014). Dicho estudio tuvo como propósito analizar la manera como hombres *gay* y homosexuales de la Ciudad de México construían su identidad y el modo como ésta se relacionaba con sus experiencias emocionales.

En ese momento me pareció que lo más pertinente para lograr mi objetivo, sería usar el Análisis Crítico del Discurso (ACD) como herramienta para comprender cómo los hombres *gay*/homosexuales hacían sentido de su cuerpo, deseo, emociones, prácticas, relaciones y sexualidad en virtud de los grandes saberes que circulaban en sus entornos.

Para mí fue muy relevante discutir la noción de *identidad* como una categoría psicosocial —a la vez íntima, política y cultural— así como la de *experiencias emocionales* como un acercamiento a la salud mental de estos hombres. Para ello me basé en la propuesta feminista de “malestares emocionales” de Burin (2000). Desde su perspectiva, la categoría permite un acercamiento a la voz de las personas que narran su malestar para reconocer esta experiencia en marcos normativos sobre el género, el sexo y la salud-enfermedad.

Priorizar la voz de los “enfermos” implica —a mi manera de entender— plantear un cuestionamiento importante a la hegemonía del modelo médico-rehabilitatorio, donde los malestares se comprenden como patologías posibles de curar. Para Burin (*Op. cit.*), los malestares



—en particular los de los hombres— no requieren ser intervenidos ni curados, sino que representan crisis constantes en sus vidas: oportunidades para reflexionar, cuestionar y explorar en su postura patriarcal y masculina.

Los malestares emocionales de los hombres constituirían una manera de cuestionar el poder y los privilegios que los sistemas heteropatriarcales les otorgan.

Para de Lauretis (1993), la reflexión producto de las crisis, constituye un elemento fundamental para la toma de conciencia de género. Gracias a ella (tanto individual como colectiva), es posible cobrar conciencia de las maneras como los diferentes sistemas de normas sociales afectan el lugar que ocupamos en el mundo.

Para los hombres, tal conciencia entrañaría tener claras las maneras como ellos contribuyen a la opresión de las mujeres, así como de otras minorías sexuales y de género: las personas LGBT; al igual que los modos como ellos son afectados por dichas normativas.

Así, las crisis son resultado de los malestares emocionales; además, conducen procesos reflexivos en los cuales se cuestionan los privilegios patriarcales y otras experiencias de poder (Kaufman, 1999). Para de Lauretis (*Op. cit.*), este cuestionamiento trae consigo prácticas políticas que pueden abrir camino hacia la construcción de condiciones equitativas e igualitarias que darían lugar a entablar relaciones simétricas entre las diferentes expresiones de género.

Después de 2014, comencé a escribir artículos a partir del resultado del trabajo de campo realizado para mi tesis de doctorado. Ese ejercicio me permitió poner distancia del texto y articular una serie de elementos que ya estaban presentes tanto en los datos como en su interpretación, pero que requerían que se realizara un trabajo teórico desde otras perspectivas.

Fue a lo largo de esas escrituras que comencé a observar la manera en cómo los hombres que entrevisté eran capaces de construir narrativas, no sólo experiencias (como inicialmente había planteado), y que esas narrativas estaban incrustadas en discursos.

En tal sentido, entenderé “lo narrativo” como aquellas historias y ficciones que como seres humanos somos capaces de relatar para explicar nuestras realidades (Bruner, 2003; Menary, 2008); y “discursos”, como una serie de saberes con historias políticas, culturales y sociales particulares que se expresan en modos específicos de habla.

Dichas formas de habla son propias de los contextos donde suceden, por lo que si bien hay saberes o epistemes que viajan en tiempo y espacio, las maneras de expresar esas epistemes serán particulares para diferentes contextos (Jäger, 2003; Ibáñez Gracia, 2006; Van Dijk, 2011; Wetherell, 2012; Wetherell y Edley, 2014).

Además de la elaboración teórica que he mencionado, en el presente texto usaré extractos de entrevistas realizadas a hombres *gay*/homosexuales radicados en la Ciudad de México, así como algunos datos cuantitativos que exploran la relación entre discriminación y violencia por homofobia, al igual que algunos indicadores de salud mental. Específicamente, depresión y consumo de alcohol (Lozano-Verduzco, Fernández-Niño y Baruch-Domínguez, 2017) en la comunidad LGBT de la Ciudad de México. Mi interés en presentar estos datos es dar cuenta del carácter sociocultural de la opresión y sus efectos en lo que entendemos como “individuo”.

Como producto moderno, el individuo generalmente es pensado como cristalizado y completo. No obstante, en la lógica que intento construir, el cuerpo y la identidad tienen un carácter poroso y líquido. Es decir, los límites entre el individuo y su contexto no siempre son nítidos: se encuentran en constante movimiento, de tal manera que permita la negociación permanente con narrativas, experiencias y discursos sobre el sexo y el género. Asimismo, dicha liquidez se puede esclarecer al mirar los movimientos y cambios en las narrativas identitarias, pues permiten un acercamiento y un alejamiento constantes entre las normas heteropatriarcales. De tal modo, las emociones y la salud serían elementos tanto contextuales como subjetivos, pero dependientes en gran medida de las narrativas elaboradas por las personas; ello a partir de elementos compartidos, como el lenguaje.

POSTURA POLÍTICA  
PARA LA ESCRITURA ACADÉMICA

Para lograr esas reflexiones, considero que he transitado por diferentes disciplinas y perspectivas. Aun cuando mi formación parte de la psicología social, mi interés por cuestionar sistemas normativos en torno al género y la sexualidad me han acercado al análisis sociológico, antropológico, histórico y político para el estudio de la identidad y los elementos que pueden llegar a conformarla.

También me he desplazado en el campo de los estudios de género, de las masculinidades, de los estudios LGBT, y con mayor énfasis en los estudios *queer*. Desde tales intersecciones escribo el presente texto; no en un afán de ambición interdisciplinaria, sino en un esfuerzo por problematizar el lugar que guardan las emociones como referente de la salud mental en las narrativas y discursos de las minorías sexuales en la Ciudad de México.

Mucho se ha discutido sobre las aportaciones de explicitar la postura personal y política a la hora de hacer investigación, sobre todo investigación social cualitativa. Esta explicitación —se sostiene— permite desarrollar una práctica y proceso de reflexividad: reflexionar sobre las condiciones que nos colocan en el lugar social que ocupamos y cómo ellas impactan en las interpretaciones de las realidades que vivimos y vemos (como personas y como investigadores).

En esa lógica, la metodología feminista ha argumentado en favor del “punto de vista hacia arriba”. Es decir, de la relevancia metodológica y empírica que cobra interpretar las realidades sociales “desde abajo” de la hegemonía (Blázquez Graf, 2010; Harding, 2010; Ríos Everardo, 2010). Ello permite a nuestros lectores contextualizar no sólo nuestros métodos y hallazgos, sino —posiblemente— a nosotros<sup>1</sup> mismos como investigadores.

<sup>1</sup> Usaré la “e” en los sustantivos de este texto como una manera de referirme a sujetos en cualquier posición de género: hombres, mujeres y/o quienes transitan constantemente entre dichos polos o que no se identifican con ninguno.

Como activista e investigador, para mí han quedado claras dos posturas teóricas, metodológicas y políticas: el feminismo y lo “cuir” (Valencia, 2015). Me acerqué al feminismo desde los estudios de género —en particular de las masculinidades—, con escaso conocimiento teórico y activista de esta postura. El diálogo constante con compañeras feministas me aproximó a textos clásicos de la segunda y tercera ola del feminismo, cuestión que me permitió pensar en los hombres como sujetos de género y de relevancia para la agenda feminista (Tena Guerrero, 2010; Tena Guerrero, 2016).

Si bien reconozco las aportaciones empíricas que han hecho los estudios de los hombres y de las masculinidades, es mi consideración que éstos poco abonan a la transformación política de la desigualdad entre hombres y mujeres<sup>2</sup> (al igual que entre otras minorías, como las personas LGBT), pues no reconocen los privilegios que otorga el patriarcado a los hombres (Amorós Puente, 1992; Connell, 1995; Tena Guerrero, 2007). Usar la lente del feminismo para llevar a cabo trabajo con hombres nos permite situarnos como sujetos históricos y políticos, reconociendo nuestro lugar frente a las mujeres en la arena reproductiva, política, sociocultural e íntima. Asimismo, nos abre la posibilidad de contribuir a transformar la opresión de la que formamos parte.

En tal sentido, mi acercamiento al feminismo me permitió analizar un sistema opresor sociopolítico: el patriarcado. A la par, en mi interés por comprender la vida sexual, me aproximé a la teoría *queer* (Ahmed, 2010; Butler, 1992; de Lauretis, 2010; Jagose, 1996; Preciado, 2012; Warner, 1993), la cual —más que una teoría— construye una postura crítica ante la norma y la aversión tanto a lo homo como a lo trans. Los estudios *queer* me permitieron entender otro sistema opresor sociopolítico: la heteronormatividad, que se juega de la mano con el patriarcado. En su conjunto, estos dos sistemas (el heteropatriarcado)

<sup>2</sup> Agradezco a Melissa Fernández Chagoya por ayudarme a distinguir entre las aportaciones hechas por los estudios de las masculinidades y los estudios feministas sobre los hombres. Melissa ha sostenido en diferentes espacios que los estudios sobre las masculinidades hacen grandes aportaciones empíricas; mientras que los estudios feministas sobre los hombres, además, aportan a la transformación política de las relaciones de poder entre los sexos.

requieren de la idea de que la reproducción es una necesidad humana, para sostener que hombres y mujeres somos complementarios; por ello, privilegia las expresiones y tanto las prácticas como las identidades heterosexuales.

En la repetición de estas normas, se construyen epistemes —con sus respectivos discursos— que señalan lo supuestamente inapropiado de la expresión sexual no-heterosexual, constituyéndose en reglas y cristalizándose en instituciones (Cohen, 1997). Si bien lo *queer* ha sido cuestionado desde saberes locales, Valencia (2015) nos hablará de la capacidad migratoria y aplicación geopolítica de este concepto. La autora propone el uso de “*cuir*” como una expresión españolizada para señalar que esta postura académica y política implica una intención de “torcer” espacios, expresiones, comunidades, instituciones e identidades, para generar espacios de existencia alejados o en oposición a las normatividades heteropatriarcales. Para Browne y Nash (2016), la perspectiva *queer* también se acompaña de ciertas maneras de hacer investigación.

En específico, los métodos *queer* buscan cuestionar las normativas hegemónicas sobre la constitución de subjetividades sexuales y genéricas. Los métodos *queer*, entonces, trabajan en constante tensión para reconocer la fluidez de la existencia sexual de aquellos cuerpos e identidades cuyas expresiones y prácticas generalmente son silenciadas y oprimidas por diferentes razones (Rooke, 2016); intentar torcer las reglas del trabajo académico y de los espacios de acción política; brindar más espacio a diferentes formas de existencia sexual y genérica.

#### EXPERIENCIAS EMOCIONALES NARRATIVAS Y DISCURSOS

Para autoras feministas como Scott (1991), de Lauretis (1993) y Bach (2010), la experiencia es un elemento fundamental en la constitución de la subjetividad. Para ellas y otras autoras (Pérez Ransanz, 2011), la categoría de “experiencia” permite la aproximación a formas racionales y emotivas del proceder humano. Es decir, las experiencias se

refieren a interacciones con el entorno, a las acciones que alcanzamos a percibir y entender de nuestros alrededores; tanto de las interacciones que observamos como de las que formamos parte. En ese sentido, la experiencia es un modo de acción, en el cual las emociones y las cogniciones resultan fundamentales para la construcción de conocimiento. La experiencia es lo que conecta el mundo subjetivo con el mundo social (Pérez Ransanz, *Op. cit.*).

Para la perspectiva feminista, la experiencia es una forma de conocimiento situado (Haraway, 1988) dentro de los márgenes políticos, geográficos y temporales de quien lo experimenta. Además de ser una vía para el conocimiento de sí-mismo, de otros, al igual que de las condicionantes macroestructurales de la vida íntima y política. Desde dicha lógica, las experiencias son siempre emocionales (Pérez Ransanz, *Op. cit.*). Hablarían de la capacidad humana de construir conocimiento a partir de hacer sentido de la vida emocional —en su posible intersección con lo racional— y que tiene la posibilidad de no ser narrada, pero sí comprendida por el sujeto que la vive. De modo similar, Ewick y Silbey nos dirán que las narrativas siempre se cuentan

[...] desde contextos históricos, institucionales e interaccionales particulares que moldean su relato, sus significados y sus efectos. Son recontados con intereses, motivos y objetivos particulares. Además, las historias se encuentran restringidas tanto por reglas performativas como por normas de contenido (1995: 206, traducción mía).

En esta lógica, tanto la experiencia como las narraciones son socialmente forjadas y forjan la realidad social que miramos. Para Menary (2008), las narrativas orientan la atención del sujeto hacia aspectos relevantes para sí, imponen una *Gestalt* específica para comprender el mundo y funcionan como paradigmas, misma función que cumplen las experiencias, según Pérez Ransanz (*Op. cit.*). De manera similar, Ahmed (2006) sostiene que tanto la experiencia como el modo de contarla no resulta completamente fenomenológica, sino que está alineada a partir de objetos heterosexuales y sus despliegues de

poder. Así pues, las acciones que somos capaces de llevar a cabo y lo que podemos contar de ellas, tienen una alineación específica, generalmente heterosexual.

Una diferencia fundamental entre experiencia y narración sería que la primera es la acción realizada por el sujeto; la segunda, la puesta en palabras de dicha acción. Bruner (2004) señalará que las narraciones en torno al yo tienen un carácter reflexivo, pues implican un trabajo cognitivo y psicológico importante; algo que diferencia a las narrativas de la experiencia, toda vez que las segundas son tanto reflexivas como pre-reflexivas. Autores como él y Menary (2008) conciben las narrativas como herramientas fundamentales para la constitución de un yo. En este sentido, el yo narrativo implica la capacidad de conocer y experimentar los contextos y de reflexionar sobre uno mismo. Si el yo es reflexivo gracias a la guía de las narrativas, entonces es un yo en capacidad de accionar, en el sentido de que las narrativas orientan las acciones y afectos de las personas. El asunto es que esas narrativas sólo son posibles mediante el uso de cierta gama del lenguaje. Es decir, de las palabras que conocemos y sabemos usar; pero sobre todo de las expresiones a las que podemos recurrir debido a nuestro transitar en diferentes contextos como el escolar, el familiar, el amistoso, el espacio público y la interacción con medios de comunicación.

El giro lingüístico (Íñiguez-Rueda, 2006) movió la atención de las ciencias a pensar la realidad como construida discursiva y lingüísticamente. Ello abrió la posibilidad a pensar el lenguaje como una expresión de realidades diversas y —a su vez— como constructora de estas realidades (Austin, 1962). Van Dijk (2011) entiende como discurso tales aproximaciones, apropiaciones y usos particulares del habla, y ellos se encuentran en un vínculo fuerte con la noción del yo. La psicología social contribuyó de manera importante al giro lingüístico mediante el análisis del discurso (Gergen, 1985; Potter, 1996; Shotter, 1994), específicamente como herramienta para aproximarse a la identidad de las personas, así como para entender la estructuración y transformación de esas identidades. Entre esas tres categorías

aparece una serie de propuestas compartidas. Tanto la experiencia como la narrativa comparten una fuerte preocupación por el lugar que ocupa el sujeto frente a su mundo y el mundo frente al sujeto; en el entendido de que tanto experiencia como narrativa permiten reflexionar y orientan la atención hacia ciertos aspectos de nuestros contextos. Además, elaboran una dialéctica importante que abre un espacio de intersubjetividad. Tanto la experiencia como la narrativa son formas de aproximarse al mundo subjetivo y al conocimiento que se comparte entre personas. Lo que podría distinguir a ambas es que la narración dependerá del uso de palabras, lenguajes y discursos, mientras que la experiencia puede ser meramente interna: una manera de entender el mundo sin necesidad de explicarlo en palabras.

El análisis del discurso se ha interesado por comprender la noción de la *identidad* y del *yo*. Las palabras entonces significan formas de acción. Es decir, el uso del lenguaje tiene un carácter performativo. El discurso es entonces palabra y acción: una suerte de combinación de experiencia con narración. No obstante, el análisis del discurso se interesará más por comprender cómo es que las estructuras lingüísticas y los usos culturales del lenguaje estructuran nociones de un sí-mismo. De tal modo que el discurso —en cuanto acción— es al mismo tiempo interno y externo, objetivo y subjetivo. Además, permite el acercamiento a lógicas socioculturales y subjetivas, como reflejo y transformación unas de otras. Desde esta forma de pensamiento, la identidad es resultado de la interpretación lingüística que se hace de ella: el sujeto será capaz de producir narraciones a partir de la interpretación que se haga de él/ella y de la interacción que tenga con esas interpretaciones. Además, dicha producción narrativa señalará la manera como el/la sujeto va dando cuenta de su vida y de sus entornos. Finalmente, en esa narración, el sujeto podrá identificarse y posicionarse en lo público (Ibáñez Gracia, 2006).

La interacción de tales categorías me resulta de suma productividad para aproximarme a lo que hoy conocemos como LGBT, principalmente. Porque recuperar las experiencias y narrativas que reflejan discursos sobre las personas que se identifican de tal modo,



plantea un cuestionamiento frontal a las lógicas heteropatriarcales, toda vez que en el conocimiento académico, en las políticas públicas y en la vida social, se privilegia la noción de *vínculos heterosexuales*. Sobre todo, me preocupa la manera en cómo las instituciones de salud (con sus saberes y discursos) han construido las prácticas afectivas y eróticas entre personas del mismo sexo, así como la construcción identitaria de lo no-heterosexual.

#### LO LÉSBICO, *GAY*, BISEXUAL Y TRANS EN MÉXICO: SABERES Y DISCURSOS

Recordemos que a mediados del siglo XIX la homosexualidad empezó a mirarse como “patología” (Guerrero McManus, 2013), al grado de quedar inscrita en manuales de enfermedades como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, editado por la Asociación Psiquiátrica Americana, o la *Clasificación internacional de enfermedades*, editada por la Organización Mundial de la Salud. Esto a pesar de que el surgimiento del concepto *homosexual* tenía la intención de transformar las creencias relacionadas con la sodomía (Zubiaur, 2007).

Retirar a la homosexualidad de los documentos aquí mencionados, implicó décadas de organización, lucha y transformación que pocas veces ha sido reconocida. Esta lucha tiene sus particularidades en México, que por cuestiones de espacio no mencionaré aquí. Más bien me centraré en las maneras como lo LGBT se ha expandido como concepto y en lo referente a los usos que puede llegar a tener.

De acuerdo con Laguarda (2009), en la década de los ochenta la categoría *gay* fue importada de Estados Unidos a México gracias a un grupo de hombres homoeróticos<sup>3</sup> que se vio económicamente beneficiado. Por ello —con la intención de encontrar espacios de so-

<sup>3</sup> Usaré el concepto *homoerótico* para referirme a una posible orientación del deseo erótico, en el entendido de que éste no garantiza prácticas ni identidades sexuales específicas; tampoco no-heterosexuales.

cialización entre hombres— viajaban con cierta frecuencia a grandes metrópolis del vecino país del norte. Ahí encontraron el concepto *gay*, que no sólo hacía referencia a una orientación sexual, sino también a ciertas maneras de vida y uso de esa orientación. En particular, conocieron bares y discotecas donde se tocaba cierta música, y donde los hombres aspiraban a cierta estética corporal. La música, el baile, la ropa y el cuerpo que ocupaban tales espacios trajeron consigo ciertos modos de consumo que fueron importados a nuestro país para inaugurar el uso de lo “*gay*”.

Vargas Cervantes (2014) argumenta que lo *gay* implica la inmersión a un mercado particular dirigido a la clase media-alta y que —por ello— no significa lo mismo que “joto” o “maricón”, por ejemplo. Esto se ve apoyado con algunos datos que levantamos en 2015 (Lozano-Verduzco y Salinas-Quiroz, 2016), donde encontramos que la mayoría de nuestros encuestados “*gay*” son de clase media. Estos usos específicos del lenguaje se vieron apoyados y transformados en la década de los noventa, con la proliferación de espacios de recreación nocturna en la Ciudad de México y otras ciudades como Guadalajara (Carrillo, 2002). También proliferó el discurso de derechos sexuales y reproductivos, en el que las personas *gay*, lesbianas y trans encontraron un piso firme donde sustentar acciones políticas para el reconocimiento pleno del libre desarrollo de su identidad (García Murcia, Andrade Briseño, Maldonado Arroyo, Morales Escobar, 2009). No obstante, tales saberes y discursos se hallaban (aún se hallan) disponibles sólo para ciertas personas: las educadas y con acceso a información de índole legal, política e internacional.

Lo anterior trajo consigo la visibilización de las identidades *gay* y lésbicas, así como de parejas del mismo sexo. Ello sólo fue posible bajo ciertos estándares y reglas de lo permitido; también entrañó una negociación importante con diferentes sectores del Estado (De la Dehesa, 2010; Salinas, 2010). El resultado de esas políticas fue la aprobación del matrimonio y adopción por parte de parejas del mismo sexo, que sin duda representa un triunfo sociopolítico. No obstante, establece nuevas formas de “ser” que reducen horizontes amplios de

inteligibilidad, pues señala —dicho simplemente— que para ser LGBT, hay que casarse y reproducirse.

Aunque se dispone de poca evidencia escrita, me parece que las políticas neoliberales de los Estados Unidos —que incluyen apoyos económicos para grupos como la Federación Mexicana de Empresarios LGBT y la campaña *It Gets Better* [Todo mejora]— tuvieron como efecto no sólo visibilizar lo LGBT como un grupo de ciudadanos productivos y adecuados para el proyecto estatal, sino que también centralizaron lo homoerótico en lo *gay* y lésbico, lo cual no incluye otras maneras de expresión de deseo no-heterosexual (Lozano-Verduzco, 2016a; Parrini, 2018). Dicha normalización incluso llevó al gobierno de la Ciudad de México a declararla una ciudad “*gay-friendly*”, pese a los niveles de homofobia que aún persisten y que son visibles en las experiencias cotidianas de personas no-heterosexuales y/o no-cisgénero, al igual que en los homicidios de odio.

La centralidad en la idea de la sexualidad como riesgo o patología (List Reyes, 2014), y en lo LGBT, ha invisibilizado de manera importante los dolores, violencias y precariedad social en la que se encuentran muchas comunidades que los congregan (Ahmed, 2010). Ello se debe a que pensamos que la sexualidad es un riesgo. Asimismo, que las personas LGBT no sufren malestar, pues ya se dispone de una serie de políticas identitarias que “incluyen” ciertas formas de diversidad sexual en la normativa estatal. Ahmed (2006; 2010), de manera crítica, señalará que uno de los efectos de tales políticas de inclusión es la invisibilización del dolor y la violencia producto del heteropatriarcado, dolor y violencia que viven las personas no heterosexuales. En el presente texto, comparto evidencias que sostienen que el dolor y la violencia continúan siendo característicos de las vivencias LGBT y que estas políticas identitarias contribuyen a construir una meta ilusoria de inclusión.

Mirar las narrativas de las experiencias de personas no heterosexuales en marcos discursivos heteronormados significa privilegiar la voz de ellas desde su realidad —voces que hasta hace poco han sido silenciadas de diferentes maneras— y no imponer una perspectiva

que puede patologizar o marginarlas, si consideramos la conceptualización médica que ha tenido la diferencia sexual desde el siglo XIX.

Tal vez entre líneas ha quedado claro, pero me resulta fundamental decirlo con todas sus letras: lo que me preocupa es la manera en cómo los discursos y saberes en torno a lo que hoy se conoce como LGBT, pueden afectar no sólo las experiencias y narrativas de personas que se identifican así, sino que esos discursos invisibilicen experiencias de dolor, tristeza y violencia. Por ello en el presente texto asumo una postura política feminista y cuir para interpretar realidades sociales desde una visión que cuestiona la hegemonía del heteropatriarcado.

Me parece que un aspecto fundamental para entender narrativas, experiencias y discursos en torno a las identidades LGBT es la homofobia. Me he referido a ello en otros textos (Lozano-Verduzco y Rocha Sánchez, 2011; Lozano-Verduzco, 2016b) para entenderla como una serie de prejuicios sobre la sexualidad y que adoptan actitudes negativas hacia expresiones no heterosexuales. Esto, a partir de la combinación de tres elementos psicosociales: la discriminación, los estereotipos y la vulnerabilidad social. La discriminación y los estereotipos tanto sexuales como de género interactúan para construir formas de vulnerabilidad social que podemos llamar “homofobia”. Otros autores han optado por separarse del concepto de *homofobia* (Herek, 2008; Tena Guerrero, 2010), pues remite al significado clínico de una fobia y no a los efectos de marginación de la heteronorma. Yo opto por mantener el uso de *homofobia*, pues considero que se trata del concepto que genera mayor eco en nuestra sociedad.

En otro sentido, la homofobia se puede conceptualizar como un dispositivo de poder que controla los cuerpos, pues impacta sobre a qué tipo de cuerpos y personas nos acercamos o alejamos a nivel erótico y afectivo. Por ello, Tharinger (2008) la entiende como un elemento de la “policía de género”, toda vez que instala el miedo a la femineidad entre los varones.

La homofobia entonces no sólo señala prohibiciones de prácticas sexuales entre personas del mismo sexo; también es un dispositivo que castiga la transgresión de los estereotipos y normas de género.

Para finalizar este apartado, señalo que investigaciones recientes han descubierto que entre 60 y 80% de las personas LGBT en México reportan haber sido blanco de discriminación o violencia, y que éstas son más comunes en la familia, la escuela y la calle (Lozano-Verduzco y Salinas-Quiroz, 2016; Mendoza Pérez, *et al.*, 2015).

#### EXPERIENCIAS Y NARRATIVAS EMOCIONALES DE HOMBRES *GAY*

Los datos con los que contamos nos permiten saber que las personas LGBT se encuentran expuestas constantemente a formas de exclusión y marginación. Sin embargo, poco sabemos de los efectos que tales actos ejercen en su vida cotidiana y subjetividad. El acercamiento a las narrativas y experiencias puede darnos pistas justo sobre eso. Por ejemplo, ED y Fernando, de edades distintas, me compartieron narrativas muy similares sobre los efectos emocionales que acarreo la homofobia de la que eran blanco desde que cursaban la primaria:

En la primaria [...] tenía mucha afinidad con las niñas. Me juntaba con ellas. Y por parte de mis compañeros, era como el “mariquita”, como el “jotito”. [...] Me avergonzaba, sentía mucha pena [...]: la pena, la vergüenza (ED, 24 años; profesional; entrevista personal).

Mal, muy mal [...] me sentía. Pues sí: muy, muy vulnerable; muy débil ¿no? Avergonzado, humillado [...], descalificado (cuando se burlaban de mí en la secundaria) [...]. En el primer año de secundaria fue muy atroz para mí. Yo quería salirme. Yo no quería estar en la secundaria (Fernando, 46 años; profesional; entrevista personal).

Muchos de los hombres con los que platicué me compartieron narrativas similares. Para algunos fue más difícil reconocer este tipo de emociones y ponerlas en palabras, por lo que tuve que hallar maneras distintas de preguntarles sobre sus experiencias emocionales. El hecho de plantear preguntas diferentes sobre lo mismo, permitió

construir una relación de confianza basada en el interés por su bienestar. Además, permitió a los hombres reflexionar sobre elementos que pocas veces habían compartido. La poca práctica en la verbalización de sus experiencias tuvo como consecuencia un repertorio discursivo más limitado, así que el hecho de preguntarles sobre ello, ayudó a que volvieran a incorporar nuevas formas discursivas para expresar su sentir.

El insulto del que eran blanco estos hombres tenía como efecto una serie de emociones. En particular, encontré que predominaban la vergüenza, el miedo, la tristeza y la culpa. El hecho de que estos hombres fueran leídos como “no-hombres” o femeninos, les inauguró un ámbito de abyección identitaria. Es decir, fueron colocados en un espacio abyecto a partir del insulto homofóbico, donde se desarrollaron tales emociones.

A su vez, la experiencia de esas emociones condujo al aislamiento y a la soledad:

Bueno, igual sí me sentía solo en esa parte: de que yo no le podía decir a nadie. Era como un súper secreto. Hasta que ya lo empecé a decir, ya más grande, ya fue cuando me empecé a liberar más y, pues, a aceptarme y a definir mi sexualidad. Me ayudó (decirle a mi familia que yo era *gay*) [...] porque pues ya no escondía nada, ya era yo [...]. Como no le decía a nadie, me sentía frustrado [...] (David, 22 años; estudiante; entrevista personal).

Yo decía: “Quiero experimentar”. “Quiero saber qué se siente estar con un chavo”, ¿no? Pero no conocía a nadie. O sea, a mí me sorprendía no conocer a nadie, ¿no? No conocer a ningún chavo *gay*. De hecho, en esos momentos yo creía ser el único *gay* en el mundo [...]. Yo sentía que estaba muy deprimido. [...] llegué a creer que no había nada en la vida por lo que valiera vivir [...]. Toda esta etapa de que, pues la neta, sí me sentía una mierda (Komadreja, 25 años; estudiante; entrevista personal).

Komadreja y David cuentan de la soledad en la que se sentían: como si fueran el único en el mundo que experimentaba deseo erótico

por otros hombres. En algunos casos, esa soledad significó estados de depresión importante, donde el valor de su vida se veía afectado. David también deja claro que el poder verbalizar su deseo permitió una disipación de ese malestar, como si se tratara de compartir la carga de una emoción tan pesada.

Otro participante, Teo, de 68 años, también me compartió que él aprendió a aislarse de sus pares durante su juventud, por temor a ser “descubierto” como homosexual. Él prefirió nunca verbalizar su identidad, con tal de mantener una sensación de seguridad. De hecho, en todas las entrevistas que tuve con él,<sup>4</sup> nunca llegó a denominarse como homosexual o como *gay*, sino que se limitó a contestar “sí” cuando yo le preguntaba si se identificaba como una de las dos.

De no pertenecer a un grupo. Como muy varonil; porque si no, el grupo te rechaza. Entonces te aísla. Te vas aislando porque como es un grupo muy, muy masculino. Entonces o eres muy masculino, pero yo pienso que no se podía controlar, y entonces mejor te aislabas. Y bueno, yo pienso que no me agredían; pero tampoco participaba (Teo, 68 años; jubilado; entrevista personal).

Esa soledad tiene implicaciones importantes, pues supone una barrera para la socialización entre hombres homoeróticos que implicaría el compartir narrativas específicas en torno a las experiencias homoeróticas e —idealmente— conducir a la construcción de un lenguaje común que pueda ampliar horizontes de inteligibilidad sexual.

De hecho, considero que los hombres que se enfrentaron a mayores barreras para lograr esa socialización fueron quienes compartieron narrativas sobre problemáticas de salud mucho más claras y de mayor duración:

<sup>4</sup> Hasta la publicación del presente texto, había sostenido cuatro entrevistas a profundidad con Teo.

Yo creo que era ansiedad: comía mucho, mucho, mucho [...]. Sí, la soledad. Muchas cosas. Entonces, mi relación profunda con la comida [*risas*] (Javier, 40 años; profesional; entrevista personal).

Y ahí comencé con ansiedad. Y, así, en una noche [...] estaba acostado: me sentía nervioso, no podía dormir, hasta que sentí un dolor muy fuerte en el pecho. Y yo pensaba lo peor, porque sentía que ni me podía mover y tenía ganas de gritar y no podía y empecé a tener palpitaciones muy fuertes. Ya no pude dormir el resto de la noche. Ya al día siguiente me llevaron al Instituto Nacional de Cardiología, para hacerme una revisión. Y me dijeron: “En tu corazón está todo bien”; pero aun así después de eso, yo ya no me pude mantener tranquilo. Todo el tiempo tenía los síntomas. Todo el tiempo tenía las palpitaciones y la sensación de que no podía respirar bien y todo eso (Dante, 24 años; estudiante; entrevista personal).

Yo no podía tener contacto con nadie si no estaba borracho [...]. Entonces, la gente joteaba, la gente se expresaba. Va. Y la música, y pues sí: el alcohol. Y lo que a mí me pasaba con el alcohol era, pues [...] mágico. Liberar muchas tensiones, muchas cosas [...]; pero me fui a los extremos. Me puse una y me acosté con el primero que me cantó [...]. Y al otro día ya me había gastado todo y ni me había dado cuenta. Eso que dices: “¿Y ahora por qué estoy aquí?” (Mario, 46 años; profesional; entrevista personal).

Estas tres narraciones comparten la conexión entre las condiciones contextuales homofóbicas, las emociones y maneras específicas de navegar esas emociones. En los tres casos, se trata de hombres que durante su juventud fueron blanco de expresiones violentas sobre su cuerpo y su género. Los tres fueron violentados en su hogar y escuela, de manera física y verbal. Esas experiencias dejaron marcas importantes que —desde sus narrativas—, se expresan como emociones: ansiedad, confusión y miedo. Fue tal la intensidad de las emociones que, en los tres, se convirtieron en problemas de salud más específicos. Estos tres hombres, además, encontraron tranquilidad en espacios donde podían hablar de sí mismos con mayor libertad. Por ejemplo,



Dante acudió a psicoterapia, donde pudo hablar de su deseo, de los ataques homofóbicos de los que había sido blanco, así como elaborar sobre sus “síntomas”. Javier se unió a grupos de activismo homosexual en la década de los noventa. En ellos conoció diferentes maneras de habitar la homosexualidad y encontró puntos en común entre sus experiencias y la de otros hombres. Finalmente, Mario acudió a grupos de Alcohólicos Anónimos, que —aunque él reconoce eran homófobos— le permitía elaborar narraciones propias de su relación con el alcohol:

Te digo que AA es un parteaguas en mi vida. Pasé de un despreciarme a un verdaderamente quererme cuidar. Y pues, en eso, también está mi sexualidad [...]. Cuando yo llego a AA, donde además llegué a un grupo muy conservador [...], donde se puede hablar de muchas cosas, pero el tema de la homosexualidad no era un tema. Igual yo con mi padrino, le decía: “Oiga, pero yo soy [...]”. “Eso mejor no lo digas en tribuna. No lo abras” (Mario, 45 años; profesional; entrevista personal).

Las violencias que viven los hombres *gay* y homosexuales, no sólo producen malestares emocionales y en ocasiones problemáticas de salud específicas; también permiten nuevas formas de organización colectiva, espacios de reflexión individual y social donde las lógicas imperantes pueden ser puestas en duda y —sobre todo— la posibilidad de crear narraciones distintas de las disponibles en los discursos hegemónicos. Por ejemplo, Fernando y Juan, al sentirse aislados de sus pares por la violencia homofóbica de la que fueron víctimas, vivieron una intensa sensación de soledad. Varios entrevistados incluso me confesaron que —desde esa soledad— llegaron a pensar que eran el/los “único(s) *gay*(s) en el mundo”. La soledad los afectó para buscar grupos de otros hombres *gay* en la publicación “Tiempo Libre”, en internet y en sus centros de estudio. Estos movimientos además permiten poner distancia de las lógicas de la masculinidad hegemónica, pues coloca al hombre como receptor de la violencia patriarcal y lo lleva a reflexionar sobre sus emocio-

nes y prácticas, que suelen estar prohibidas en la constitución de lo viril (Díaz-Loving, Rocha Sánchez y Rivera Aragón, 2007).

Las violencias homofóbicas resultan productivas en muchos sentidos. Sin embargo, ninguna de las producciones ha permitido —hasta ahora— crear condiciones reales de igualdad, pues en los discursos sigue privilegiándose lo hetero y cis. Para los tres —en específico para Mario—, hablar de sí mismos, de sus malestares emocionales, culmina en una experiencia sanadora. Es decir, contar con un contexto donde se le permite construir narraciones a partir de historias —en un marco discursivo muy particular— resulta en una comprensión mucho más elaborada de esas experiencias. Sobre todo, se permiten ver diferentes finales para cada una de sus historias, alejadas de la soledad, del miedo, la vergüenza y el aislamiento.

#### HOMOFOBIA Y SALUD MENTAL EN OTROS GRUPOS DE MINORÍAS SEXUALES

Como señalé anteriormente, se dispone de datos recientes que señalan que un porcentaje importante de personas LGBT han vivido alguna forma de discriminación o violencia homofóbica. Por ejemplo, datos de una encuesta que realizamos en 2015 nos indican que más de 83% de nuestros encuestados han vivido alguna forma de discriminación o violencia debido a su orientación sexo-afectiva o su identidad sexo-genérica (Lozano-Verduzco y Salinas-Quiroz, 2016). Los datos de Mendoza Pérez, *et al.* (2015), señalan que más de 60% de sus encuestados en todo el país, reportó alguna forma de discriminación o violencia basada en homofobia. Los datos del Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación señalan que:

- más de 30% de las personas no heterosexuales ha sido discriminado debido a su orientación sexual;
- 66% de encuestados señaló creer que los derechos de personas *gay* y lesbianas son poco o nada respetados;
- 72% opinó lo mismo sobre los derechos de personas trans (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2017).

Más allá de la discriminación y la violencia, hemos podido ver que éstas se relacionan de alguna manera con indicadores de salud mental, específicamente con el consumo de alcohol, problemas relacionados con ese consumo y depresión. Mendoza Pérez y Ortiz-Hernández (2019) descubrieron que la violencia homofóbica tiene impactos importantes en algunos elementos de la salud. En específico, cuando les jóvenes *gay* y lesbianas mexicanas viven violencia homofóbica, aumenta la posibilidad de ideación e intento suicida; disminuye el autoconcepto y la autoestima. Otros datos señalan que hasta 77% de personas trans han presentado ideación suicida, y que —en su conjunto— casi 5% de personas LGBT han intentado quitarse la vida durante el último año. Además, se ha visto que el incluirse en grupos con otras personas LGBT para construir un sentido de comunidad desde ahí, resulta sumamente relevante para disminuir los malestares emocionales: como el sentirse insatisfecho con su vida; no tener energías para levantarse; y tomar alcohol de manera problemática (Lozano-Verduzco y Salinas-Quiroz, 2016; Lozano-Verduzco, Fernández Niño y Baruch Domínguez, 2017).

Tales datos pintan un panorama donde el día con día de las personas LGBT resulta complicado, pues la discriminación y la violencia son constantes en su desarrollo y en prácticamente todos los contextos que habitan; además de generar malestares emocionales donde el sentido de sí-mismo se ve puesto en cuestionamiento. A pesar de la valía de tales datos, me surgen las preguntas: ¿Qué narrativas disparan las relaciones entre estas variables? ¿Qué discursos permiten construir dichas relaciones?

Tenemos que reconocer que, si el trabajo permite pintar esas relaciones, ello se debe a que se halla política y socialmente enmarcado en un discurso de vulnerabilidad social. Es decir, hemos construido la noción de que las personas LGBT se encuentran permanentemente expuestas a diferentes formas de vulnerabilidad. Si bien esto puede resultar útil para criticarlo y construir tanto estrategias como mecanismos que ayuden a garantizar una serie de derechos —en especial

el del libre desarrollo de la personalidad, que implica el ejercicio libre de la expresión de género y de la sexualidad—, también permite pensar a estos sujetos como necesitados de ciertas atenciones, como parcialmente incapaces de resolver las barreras del día con día. ¿Hasta dónde nos limita tal marco discursivo como agentes capaces de narrar? Pensar únicamente desde los discursos de derechos humanos y de vulnerabilidad, permite reafirmar las mismas nociones que ese discurso señala. Parecería que caemos en nuestra propia trampa, pues cerramos la posibilidad de ampliar discursos plurales sobre la sexualidad, el género y la identidad.

Por eso la categoría de “experiencia” me resulta de lo más relevante, pues permite aproximarse a las vivencias subjetivas, restándole peso a los marcos desde los cuales interpretamos. El riesgo y la transformación se encuentran en reconocer que esa experiencia únicamente resulta narrable dentro de cierta lógica discursiva. Constituye un riesgo, pues la experiencia repetirá elementos de esos discursos. No obstante, si comprendemos que experiencia y discurso se afectan mutua y constantemente, las posibilidades de habla se transforman. Ejemplo de ello es que en la década de los setenta no contábamos con el vocablo “*gay*”. O que antes de los noventa a las personas trans las conocíamos como “locas” o “vestidas”. O que dos hombres en una relación sentimental y sexual eran “amigos” y no pareja. La migración de conceptos, palabras, saberes y discursos permitió que en México la gaydad y la transgeneridad tuvieran un desarrollo particular.

La experiencia se halla inevitablemente tejida al discurso: lo afecta, lo transforma lentamente. El riesgo de mirar sólo el discurso consiste en enmarcar toda experiencia en los alcances lingüísticos del momento, anulando nociones de subjetividad que emanan de la experiencia.

## CONCLUSIONES

Hasta aquí señalo los alcances que tiene la intersección de experiencia y discurso, y hago notar que tanto su análisis como su aproximación

resultan sólo posibles mediante la narrativa subjetiva que cada persona es capaz de construir. Insisto en que ello no resulta tarea fácil. Bruner (2004) nos ha señalado el difícil proceso de poner las cosas en palabras: constituye un trabajo psicológico complejo y que implica constantes aprendizajes. El uso y reconocimiento de narrativas a partir de experiencias no sólo moldean una sensación de identidad, sino que afectan los discursos que dieron lugar a esa identidad, apoyando transformaciones lingüísticas importantes e impactando en estructuras sociopolíticas y culturales relevantes.

En ese sentido, me parece que vociferar y escuchar experiencias permite un acercamiento a la noción de *heteropatriarcado* y su funcionamiento. Las experiencias que reporto aquí, señalan una serie de emociones que sólo son posibles desde ese marco y gracias a ese marco. Es decir, tales emociones pueden volverse palabras sólo en la lógica binaria del género y de la sexualidad. Dichas palabras permiten la construcción de un sujeto inteligible (aunque también abyecto); un sujeto cognoscente, que narra y que siente. A su vez, esos discursos limitan la expresión emocional, acotándola a sus posibilidades y no a otras.

Las narrativas también permiten ver la conciencia que estos hombres tenían sobre sus deseos y sus expresiones; estaban conscientes de que eso que sentían era inadecuado, incluso imposible de vivir. Era tal el grado de conciencia sobre ello que el malestar se vivía en el cuerpo, sólo posible de expresarse en emociones como la culpa, la vergüenza y el miedo, al igual que en malestares más específicos como el consumo de alcohol, los ataques de pánico y los atracones de comida. Es ahí donde el reflejo entre experiencia y discurso no resulta del todo claro: las palabras no siempre son suficientes para narrar la experiencia.

Sin embargo, tales emociones pueden transformarse cuando aparecen oportunidades de inmiscuirse en espacios sociales y culturales en cuyo lenguaje operan otras lógicas discursivas. En estos espacios, conocen nuevas formas de habla, otras maneras de performar el lenguaje, lo cual se refleja en su capacidad narrativa. La aparición, conocimiento y apropiación de nuevas palabras, vocablos y expresiones

cotidianas que amplían maneras de comunicación, afectan tanto la capacidad de narrar como sus contenidos.

Las narrativas de las personas suelen tener transformaciones importantes cuando las experiencias y las emociones son lo suficientemente intensas, cuando las palabras no alcanzan para reflejar nítidamente lo que se siente. Ello habla de la capacidad de los seres humanos de ser afectados y afectar a otros cuerpos (Wetherell, 2012). Comunicar la experiencia no sólo requiere palabras: requiere emociones, conocimientos contextuales y un proceso de interpretación permanente que dé lugar a la experiencia.

Finalmente, me parece que la intersección de experiencias, narrativas y discursos nos permite pensar en las lógicas bajo las cuales regulamos los afectos. Dicha regulación da como resultado emociones específicas, que aparecen bajo ciertas reglas y contextos. Sin embargo, no todo afecto se transforma en emoción, pues no toda palabra alcanza para narrar la experiencia. Sin embargo, la intersección entre experiencia, narrativa y discurso, también nos permite pensar en un sujeto distinto del individuo moderno: indivisible y siempre capaz de separar emoción de razón. La capacidad narrativa de los sujetos también refleja a un sujeto inacabado, líquido y poroso, pues se encuentra en permanente intercambio con sus diferentes contextos, alimentándose de ellos y siendo alimentado por ellos.

La identidad se estructura y re-estructura constantemente mediante el intercambio que los sujetos sostienen con los discursos de sus entornos, a la vez que afectan a esos discursos. Las emociones fluctúan, cambian, se transforman, y entran y salen del cuerpo al relacionarse de manera particular con otros objetos. Para el campo de los estudios de género y de sexualidad, lo anterior puede resultar de suma utilidad, pues permite ver las pequeñas o grandes fluctuaciones que ocurren en las normas y expresiones sobre el cuerpo así como las interacciones entre cuerpos: mirar la fluidez con la que los sujetos somos capaces de constituirnos en lo social, lo colectivo y lo político.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, Sara (2006). *Queer Phenomenology: Orientations, Objects, Others*. Durham/Londres: Duke University Press Books.
- Ahmed, Sara (2010). *The Promise of Happiness*. Durham/Londres: Duke University Press Books.
- Amorós Puente, Celia (1992). "Notas para una teoría nominalista del patriarcado". *Asparkia, Investigació Feminista*, núm. 1 (1992): 41-58.
- Austin, John L. (1962). *How to Do Things with Words*. Harvard: Harvard University Press.
- Bach, Ana María (2010). *Las voces de la experiencia. El viraje de la filosofía feminista*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Blázquez Graf, Norma (2010). "Epistemología feminista: temas centrales". En *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*, coordinado por Norma Blázquez Graf, Fátima Flores Palacios y Maribel Ríos Everardo, 21-38. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Facultad de Psicología.
- Browne, Kath, y Catherine J. Nash (2016). "Queer methods and methodologies: An introduction". En *Queer Methods and Methodologies: Intersecting Queer Theories and Social Science Research*, compilado por Catherine J. Nash y Kath Browne, 1-24. Londres: Routledge.
- Bruner, Jerome (2003). *La fábrica de historias: derecho, literatura y vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bruner, Jerome (2004). "Life as narrative". *Social Research* 71, núm. 3 (otoño): 691-710.
- Burin, Mabel (2000). "Atendiendo el malestar de los varones". En *Varones, género y subjetividad masculina*, compilado por Mabel Burin e Irene Meler, 339-365. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Butler, Judith (1992). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Carrillo, Héctor (2002). *La noche es joven: la sexualidad en México en la era del SIDA*. México: Océano.
- Cohen, Cathy J. (1997). "Punks, bulldaggers, and welfare queens". *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 3, núm. 4 (mayo): 437-465.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2017). *Encuesta Nacional sobre Discriminación: Principales Resultados*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación/Comisión Nacional de Derechos Humanos/Universidad Nacional Autónoma de México/Consejo Nacional

- de Ciencia y Tecnología/Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en línea: [https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/PtcionENADIS2017\\_o8.pdf](https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/PtcionENADIS2017_o8.pdf) [Consulta: 19 de noviembre, 2020].
- Connell, Raewyn W. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Dehesa, Rafael de la (2010). *Queering the Public Sphere in Mexico and Brazil: Sexual Rights Movements in Emerging Democracies*. Durham/Londres: Duke University Press.
- Díaz-Loving, Rolando; Tania Esmeralda Rocha Sánchez; y Sofía Rivera Aragón (2007). *La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ewick, Patricia, y Susan S. Silbey (1995). "Subversive stories and hegemonic tales: Toward a sociology of narrative". *Law & Society Review* 29, núm. 2: 197-226. The Law and Society Association.
- García Murcia, Miguel; Magdalena Andrade Briseño; Ricardo Maldonado Arroyo; y Claudia Morales Escobar (2009). *Memoria de la lucha contra el VIH en México: los primeros años*. Historiadores de las Ciencias y las Humanidades. Colección Estudios 2009. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Gergen, Kenneth J., y Keith E. Davis, comps. (1985). *The Social Construction of the Person*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Guerrero McManus, Jaime Fabrizio (2013). *¿Naces o te haces? La ciencia detrás de la homosexualidad*. México: Paidós.
- Haraway, Donna (1988). "Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective". *Feminist Studies* 14, núm. 3 (otoño): 575-599.
- Harding, Sandra (2010). "¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista". En *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*, compilado por Norma Blázquez Graf, Fátima Flores Palacios y Maribel Ríos Everardo, 39-66. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Facultad de Psicología.
- Herek, Gary M. (2008). "Sexual Prejudice: Understanding Homophobia and Heterosexism". Disponible en línea: [http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/sexual\\_prejudice.html](http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/sexual_prejudice.html) [Consulta: 19 de noviembre, 2020].
- Ibáñez Gracia, Tomás (2006). "El giro lingüístico". En *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*, compilado por Lupicinio Íñiguez-Rueda, 9-25. Barcelona: Editorial UOC.



- Jäger, Sigfried (2003). "Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos". En *Métodos de análisis crítico del discurso*, compilado por Ruth Wodak y Michael Meyer, 61-97. Serie Cla-De-Ma: Lingüística / Análisis del Discurso. Colección Hombre y Sociedad. Barcelona: Gedisa.
- Jagose, Annamarie (1996). *Queer Theory: An Introduction*. Nueva York: New York University.
- Kaufman, Michael (1999). "Las 7 P's de la violencia de los hombres". *International Association for Studies of Men* 6, núm. 2.
- Laguarda, Rodrigo (2009). *Ser gay en la Ciudad de México: luchas de representaciones y apropiación de una identidad 1968-1982*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Lauretis, Teresa de (1993). "Sujetos excéntricos: la teoría feminista y la conciencia histórica". En *De mujer a género: teoría, interpretación y prácticas feministas en las ciencias sociales*, compilado por Joan Wallach Scott, María Cecilia Cangiano y Lindsay DuBois, 73-113. Fundamentos de las Ciencias del Hombre, 92. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Lauretis, Teresa de (2010). "Teoría *Queer*: sexualidades lesbiana y *gay*". En *Florilegio de deseos. Nuevos enfoques, estudios y escenarios de la disidencia sexual y genérica*, compilado por Mauricio List Reyes y Alberto Teutle López, 21-46. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla-Eón Ediciones.
- List Reyes, Mauricio (2014). *La sexualidad como riesgo. Apuntes para el estudio de los derechos sexuales en el contexto del neoconservadurismo*. Puebla, Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Lozano-Verduzco, Ignacio, y Tania Esmeralda Rocha Sánchez (2011). "La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México". *Revista Puertorriqueña de Psicología* 22, núm. 1 (enero-diciembre): 101-121.
- Lozano-Verduzco, Ignacio (2014). "'Nunca fue fácil...': Identidad/es y experiencias emocionales de hombres *gay* de la Ciudad de México". Tesis de doctorado en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- Lozano-Verduzco, Ignacio (2016a). "Políticas identitarias de hombres *gay* de la Ciudad de México: entre la tensión y la heteronormalización". *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género* 2, núm. 4 (julio-diciembre): 126-153.
- Lozano-Verduzco, Ignacio (2016b). "La colusión entre masculinidad y homofobia". En *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género*, compilado por Tania Esmeralda Rocha Sánchez e Ignacio Lozano-Verduzco, 152-166. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.

- Lozano-Verduzco, Ignacio, y Fernando Salinas-Quiroz (2016). *Conociendo nuestra diversidad: discriminación, sexualidad, derechos, salud, familia y homofobia en la comunidad LGBTTTI*. México: ActuaDF-Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México.
- Lozano-Verduzco, Ignacio; Julián Alfredo Fernández Niño; y Ricardo Baruch-Domínguez (2017). "Association between internalized homophobia and mental health indicators in LGBT individuals in Mexico City". *Salud Mental* 40, núm. 5: 219-225.
- Menary, Richard (2008). "Embodied narratives". *Journal of Consciousness Studies* 15, núm. 6 (junio): 63-84.
- Mendoza Pérez, Juan Carlos, et al. (2015). *Orientación sexual, características sexuales e identidad y expresión de género*. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Mendoza Pérez, Juan Carlos, y Luis Ortiz-Hernández (2017). "Violence as mediating variable in mental health disparities associated to sexual orientation among Mexican youths". *Journal of Homosexuality* 66, núm. 4: 510-532. Taylor & Francis.
- Parrini, Rodrigo (2018). *Deseografías: una antropología del deseo*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez Ransanz, Ana Rosa (2011). "La dimensión afectiva de la racionalidad". En *Racionalidad en ciencia y tecnología. Nuevas perspectivas iberoamericanas*, coordinado por Ana Rosa Pérez Ransanz y Ambrosio Velasco Gómez, 431-440. Serie del Seminario de Investigación Sociedad del Conocimiento y Diversidad Cultural. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Secretaría de Desarrollo Institucional-Coordinación de Difusión Cultural-Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Potter, Jonathan (1996). *Representing Reality: Discourse, Rhetoric and Social Reality*. Londres/Thousand Oaks, California/Nueva Delhi: SAGE Publications Ltd.
- Preciado, Beatriz (2012). "'Queer': historia de una palabra". Valencia: Parole de Queer. Disponible en línea: <http://paroledequeer.blogspot.com.es/2012/04/queer-historia-de-una-palabra-por.html> [Consulta: 29 de junio, 2018].
- Ríos Everardo, Maribel (2010). "Metodología de las ciencias sociales y perspectiva de género". En *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*, coordinado por Norma Blázquez Graf, Fátima Flores Palacios y Maribel Ríos Everardo, 179-196. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Facultad de Psicología.

- Rooke, Alison (2016). "Queer in the field: On emotions, temporality and performativity in ethnography". En *Queer Methods and Methodologies: Intersecting Queer Theories and Social Science Research*, compilado por Kath Browne y Catherine J. Nash, 25-40. Londres/Nueva York: Routledge.
- Salinas, Héctor M. (2010). *Políticas de disidencia sexual en América Latina: sujetos sociales, gobierno y mercado en México, Bogotá y Buenos Aires*. México: Ediciones Eón.
- Scott, Joanne W. (1991). "The evidence of experience". *Critical Inquiry* 17, núm. 4 (verano): 773-797. Chicago: University of Chicago Press.
- Shotter, John (1994). *Conversational Realities: Constructing Life through Language*. Londres: SAGE Publications, Ltd.
- Tena Guerrero, Olivia (2007). "Problemas afectivos relacionados con la pérdida, disminución y riesgo de pérdida del empleo en varones". En *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*, coordinado por María Lucero Jiménez Guzmán y Olivia Tena Guerrero, 357-375. Cuernavaca, Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Tena Guerrero, Olivia (2010). "Estudiar la masculinidad ¿para qué?". En *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*, coordinado por Norma Blázquez Graf, Fátima Flores Palacios y Maribel Ríos Everardo, 271-292. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Facultad de Psicología.
- Tena Guerrero, Olivia (2016). "Incorporación del trabajo con hombres en la agenda feminista". En *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género*, compilado por Tania Esmeralda Rocha Sánchez e Ignacio Lozano-Verduzco, 16-30. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- Tharinger, Deborah J. (2008). "Maintaining the hegemonic masculinity through selective attachment, homophobia, and gay-baiting in schools: Challenges to intervention". *School Psychology Review* 37, núm. 2 (junio): 221-227.
- Valencia, Sayak (2015). "Del queer al cuir: ostranénie geopolítica y epistémica desde el sur g-local". En *Queer & Cuir. Políticas de lo irreal*, compilado por Fernando R. Lanuza y Raúl M. Carrasco, 19-37. Querétaro: Editorial Fontamara/Universidad Autónoma de Querétaro.
- Van Dijk, Teun A. (2011). *Discurso y poder. Contribuciones a los estudios críticos del discurso*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Vargas Cervantes, Susana (2014). "Saliendo del clóset en México: ¿queer, gay o maricón?". En *La memoria y el deseo. Estudios queer y gay en México*,

- coordinado por Rodrigo Parrini y Alejandro Brito, 151-176. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones y Estudios de Género.
- Warner, Michael (1993). "Introduction". En *Fear of a Queer Planet*. Volumen 6: *Queer Politics and Social Theory*, compilado por Michael Warner, vii-xxxi. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Wetherell, Margaret (2012). *Affect and Emotion: A New Social Science Understanding*. Londres: SAGE Publications Ltd.
- Wetherell, Margaret, y Nigel Edley (2014). "A discursive psychological framework for analyzing men and masculinities". *Psychology of Men & Masculinity* 15, núm. 4 (octubre): 355-364.
- Zubiaur, Ibon (2007). "Introducción general: la construcción de una categoría". En *Pioneros de lo homosexual*, compilado por K. H. Ulrichs, K. M. Kertbeny, M. Hirschfeld, e Ibon Zubiaur, 7-30. Barcelona: Anthropos.

# El barco como institución total

## prácticas de género

### en pescadores de altamar

Carolina Peláez González

#### INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo analizar la reproducción de ciertas prácticas de género y los efectos que ellas causan en la salud de un grupo de pescadores que laboran pescando camarón en altamar.

El trabajo de pescar camarón en altamar en México es una actividad realizada únicamente por varones. En otras palabras, se trata de una labor marcada por una fuerte segregación de género; para su organización, en ella operan representaciones y símbolos en relación con la masculinidad.

A lo anterior se suma otro aspecto interesante, debido a que el objetivo es pescar camarón en grandes cantidades, el trabajo se realiza bajo condiciones de aislamiento social, lejos de las costas mexicanas. Lo que en términos de aproximación empírica permite tener una especie de *laboratorio de lo social* para el análisis del vínculo entre género y salud en espacios laborales donde la particularidad es el encierro.

A partir de la identificación de las características planteadas en el párrafo anterior, se recupera el clásico concepto de *institución total* (IT) de Erving Goffman (2012), que aborda la existencia de espacios diferenciados donde la norma es el aislamiento del mundo social exterior; es decir, la restricción o eliminación de formas de interacción social fuera de los límites materiales que circunscriben dichos lugares.

En el presente estudio, el barco es considerado como una institución total y una organización social de carácter homosocial, pues se halla constituida exclusivamente por varones. Se parte del supuesto de que en los espacios homosociales se desarrollan ciertas prácticas vinculadas con el género donde los hombres construyen y reproducen su masculinidad en colectivo. En tal sentido, el capítulo se centrará en mostrar la reproducción de ciertas prácticas que repercuten en detrimento de la salud de los trabajadores.

Se aborda la salud desde una mirada multidimensional, centrándose en el ámbito corpóreo-sensible y emotivo como dominios interrelacionados que brindan la posibilidad de mostrar cómo las representaciones en torno al cuerpo masculino que los propios varones configuran, inciden también en la percepción que tienen en relación con su cuidado físico (corporal), emocional y social.

Lo anterior entraña el reconocimiento de que la experiencia corpórea está genéricamente diferenciada e imprime un modo particular de *mortificación del Yo* (*Op. cit.*); por tanto, también de una diversidad de prácticas sociales que permiten pensar en la salud como una construcción social imbricada en relaciones de género.

El texto presenta una triple intencionalidad.

- *La primera* es de tipo teórico y tiene como objetivo destacar la potencialidad del concepto formulado por Goffman para estudiar las desigualdades laborales y los efectos que ellas acarrearán en la salud dentro de espacios de trabajo donde las interacciones sociales tienden a concentrarse en un establecimiento.
- *La segunda* consiste en hacer una contribución al concepto de *institución total* a partir de la incorporación de la categoría de género, el papel desempeñado por el cuerpo y las emociones como aspectos centrales que deben tenerse en cuenta en la configuración de las relaciones sociales que se establecen en este tipo de instituciones.

- *La tercera* es de tipo empírico: abonar a la clasificación de instituciones totales desde el estudio de las interacciones sociales dentro de un barco pesquero.

El capítulo está dividido en una primera sección donde se expone la metodología utilizada para recabar la información y analizar las prácticas de los pescadores.

En la segunda se entretajan los hallazgos con los vínculos teóricos.

Se concluye con un conjunto de reflexiones relacionadas con la utilidad del concepto *institución total* y generalizaciones analíticas derivadas de la investigación.

## METODOLOGÍA

La inquietud por analizar las prácticas de género y los efectos que ellas acarrearán a la salud en un espacio laboral como el barco (una de sus características principales es el aislamiento social durante los más de 30 días que dura la pesca), surge como resultado de un trabajo de investigación más amplio que tuvo como objetivo estudiar la vida laboral y la continuidad ocupacional del oficio de la pesca industrial de camarón en Sinaloa.<sup>1</sup>

El trabajo que se desarrolla en las siguientes páginas forma parte de un segundo acercamiento a los datos; ello con la finalidad de abonar a la discusión desde un análisis distinto y de estudiar las diversas dimensiones que componen al mundo del trabajo a partir de los hallazgos que se exponen.

La investigación partió de una metodología cualitativa; uno de los objetivos fue aprehender las formas de organización del trabajo dentro y fuera del barco. Además, el estudio de las normas y valores

<sup>1</sup> Los hallazgos que se presentan a lo largo de este capítulo forman parte de una investigación en curso que se ha trabajado desde 2012 para obtener el grado de doctora en Ciencia Social con especialidad en Sociología, por el Centro de Estudios Sociológicos (CES) de El Colegio de México. Actualmente tiene financiamiento por parte del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (UAM-PTC- 693).

como resultado de la actividad social de los pescadores, enfocándose en aprehender las prácticas que contribuyen a la actividad laboral. Ello hizo posible identificar las conductas y comportamientos de los pescadores en relación con la pesca, así como los valores que subyacen a las interacciones dentro de la embarcación. Asimismo, interesaron las percepciones y representaciones que se reproducen en el oficio.

La información se obtuvo a partir de entrevistas a profundidad realizadas a 82 pescadores industriales de camarón. Mediante la plataforma de *Facebook* se realizó también un intercambio de videos y fotografías con algunos pescadores durante su estancia en altamar. Ello permitió observar y conocer su vida cotidiana cuando se encuentran trabajando.

Lo anterior se considera una ventana para el estudio de las percepciones que los pescadores tienen sobre su propio trabajo, ya que ellos decidían qué material gráfico me mostraban o compartían en las redes sociales.

El análisis de la información consistió básicamente en tres pasos:<sup>2</sup>

- *El primero:* plantear y cuestionar la utilidad del concepto de *institución total* y reflexionar sobre aquellos elementos que se comparten con la propuesta de Goffman.
- *El segundo:* leer de nuevo los datos, preguntando cómo la situación social estudiada permitía identificar elementos que abonan a enriquecer el concepto. De tal modo, el tema de género surgió como un aspecto relevante para enriquecer el estudio de las instituciones totales.
- *El tercero:* principalmente indagar sobre cómo el ámbito corpóreo y emotivo funcionaban como elementos base para

<sup>2</sup> Agradezco a las/os integrantes del Seminario de Sociología de las Emociones, coordinado por la doctora Marina Ariza del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de México (IIS-UNAM), por proponerme analizar el barco camaronero como *institución total*.



el sostenimiento de las relaciones sociales dentro del barco camaronero.

Se realizó entonces una especie de escaneo a las narrativas de los pescadores desde los interrogantes planteados. Ello condujo a esbozar otro tema relevante: cómo las dinámicas sociales que se establecen dentro de este tipo de instituciones —especialmente las de carácter laboral— repercuten en la salud de los trabajadores. Por último, utilizar el recurso analítico de la construcción de tipologías en relación con las prácticas que se llevan a efecto en el barco.

#### EL BARCO COMO INSTITUCIÓN TOTAL

Las instituciones se constituyen como microcosmos que configuran parte de nuestra vida con su propia lógica de organización. En las sociedades occidentales, el individuo forma parte de una diversidad de instituciones que entretienen y dan sentido a su cotidianidad, ya sea en términos simbólicos o materiales. Las personas van y vienen de una institución a otra en el transcurrir de sus vidas. Si pensamos en nuestra cotidianidad durante una semana, probablemente enumeremos más de un espacio por el que transitamos: escuela, trabajo, hogar, parques, supermercados. . . que conforman y dan sentido al concepto mismo de *institución*.

Goffman señala que toda institución muestra la tendencia a absorber parte de nuestra vida: unas más que otras; pero ¿qué pasa con aquellos espacios constituidos para acaparar y/o delimitar la cotidianidad de una persona en su totalidad? Son estos espacios a los que el sociólogo estadounidense va a llamar “instituciones totales” (IT): por su

[...] tendencia absorbente o totalizadora [...] simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas,

altos muros, alambres de púas, acantilados, ríos, bosques, pantanos (*Op. cit.*: 20).

En su texto, el autor propone una primera clasificación de cuatro tipos ideales de institución total:

- *La primera*: los espacios donde se atiende a las personas que no pueden cuidarse de sí mismas: asilos, orfanatos, personas con capacidades diferentes.
- *La segunda*: los espacios donde viven personas consideradas una amenaza para la sociedad por su comportamiento y —de igual manera— no pueden cuidar de sí. Los hospitales psiquiátricos entran en este tipo y son el espacio donde el autor realiza y desarrolla su investigación.
- *La tercera*: los espacios como las cárceles, cuyo principal objetivo es distanciar de la sociedad a miembros que se consideran un peligro.
- *El cuarto grupo*: los espacios donde el aislamiento social se debe a ejecución de una tarea o un trabajo: cuarteles, barcos, internados, campos de trabajo. . .

La clasificación de estos cuatro grupos no es acabada. Como toda ordenación de la realidad, está sujeta a la aproximación empírica y presenta un conjunto de atributos entre sí que pueden variar en grado.

En tal sentido, Goffman (*Op. cit.*) propone una ventana teórico-metodológica y la deja abierta para el enriquecimiento del concepto *institución total*, sujeto a una construcción continua sobre su definición y utilidad, tanto para aprehender la realidad social como para contribuir al acervo de conocimiento.

Dicho señalamiento es importante porque una de las principales confusiones y crítica al concepto *institución total* es la restricción de sus tipologías para utilizarse empíricamente (Perry y Wilkie, 1974; Scott, 2010). Sin embargo, el camino propuesto es un poco a la inversa: el reconocimiento de las múltiples formas de organización de la vida

social a partir de la identificación de rasgos comunes y el enriquecimiento a partir de las diferencias.

Jacobsen y Kristiansen (2015) señalan que es importante subrayar que el concepto *institución total* es un tipo ideal en términos weberianos. Ello quiere decir que se trata de un concepto abstracto que captura las características esenciales de un fenómeno, mientras que en lo empírico puede no adquirir necesariamente su forma pura. Por lo que la institución total es como un concepto que se somete a la búsqueda continua de su retroalimentación empírica.

El barco camaronero se considera aquí como una institución total cuya finalidad es la ejecución de un trabajo: pescar camarón durante cinco a seis meses al año. La principal característica que comparte con otros espacios considerados institución total es el aislamiento social que adquiere forma material mediante su ubicación en el océano, y que es delimitado por la estructura y articulación de objetos que conforman el barco como un artefacto que configura un espacio de trabajo.

Tal dimensión material —señalada claramente por Goffman (*Op. cit.*) como un elemento trascendental para la definición de este tipo de instituciones— constituye una fuente de riqueza analítica en la medida en que permite indagar sobre cómo los cambios o permanencias de tipo técnico o ambiental (o cualquier otra materialidad que delimite la institución total), puede influir directamente en su estructura y organización interna. El reconocimiento de que la materialidad contribuye al potencial con que este tipo de instituciones cuenta para generar un sistema que imprime una dinámica social particular en los individuos que la conforman.

Desde otra perspectiva teórica, Latour (1992; 1993; 2012) describe que los entes materiales pueden sustentar relaciones sociales y convertirse en mecanismos para su estabilización. El reconocimiento de que la existencia de entidades heterogéneas incide en los modos de interacción social que se establecen dentro de un espacio, en tanto que pueden influir en la delimitación o despliegue de las acciones de los sujetos.

No se trata de que el mar, el bosque o el muro de una prisión sean sólo la representación simbólica de los obstáculos a la interacción social: la existencia misma de diversas entidades no humanas —en este caso el barco y sus componentes: el mar y los camarones en articulación con las personas— permite la reproducción de modos de interacción que dan sentido a una institución, cuyo fin último es lograr pescar la mayor cantidad posible de camarones.

Lo anterior significa que lo material cumple un papel activo en las prácticas sociales, en cuanto contribuye (a partir de su existencia e interacción) al desarrollo de actividades concretas y —por tanto— a su institucionalización. En el caso de los espacios laborales donde el aislamiento está mediado por componentes técnicos o ambientales, los cambios o permanencias en ellos pueden contribuir a las formas de organizar y estructurar la vida social dentro de la institución.

Sobre tal punto, Rodríguez (1995) señala para el caso del barco mercante que los procesos de automatización dentro de este espacio han modificado los tiempos de descarga, lo cual genera una reducción en el tiempo que los marinos tienen para pisar el muelle, conocer la ciudad o convivir con otras personas. La institución social entonces no es sólo un híbrido social, sino también material.

Un aspecto analítico que se considera clave del concepto *goffmiano* es el tiempo: el reconocimiento de que las instituciones son posibles gracias al establecimiento de patrones de ciertos modos de acción. Es decir, prácticas sociales recurrentes y situadas en un espacio-tiempo particular.

Se trata de un elemento que concede riqueza al análisis de las instituciones, ya que permite reconocer las diversas temporalidades que cruzan e interceden en las acciones de los sujetos. El tiempo no se reduce a las carreras de las personas o a la trayectoria desplegada dentro de la institución. Aquí se propone pensar en el conjunto de temporalidades que intervienen en la producción y reproducción de la vida social dentro de una institución total.

Por ejemplo, para el barco camaronero puede ser el propio mar y su potencial de convertirse en un huracán, la tecnología que compone el

barco, el ciclo de vida de los camarones y el propio curso de vida de las personas como un cruce de temporalidades que trae como resultado realidades sociales particulares que inciden en los modos de estructuración y desarrollo de la vida dentro de dicho espacio.

No obstante, también es posible pensar en cómo este cruce de existencias con ritmos particulares puede incidir en los esquemas de percepción que los individuos construyen respecto a su propia experiencia.

La problematización del tiempo para el estudio de las instituciones totales es un elemento conceptual que abona al análisis sobre el conjunto de elementos que operan en los mecanismos institucionales cuando se hallan bajo condiciones de encierro. La temporalidad como un factor imprescindible para tomarse en cuenta cuando analizamos los efectos que ella acarrea sobre la salud mental de los individuos que se encuentran involucrados.

Lo anterior implica entender el bienestar socioemocional como un proceso anclado e interrelacionado a múltiples elementos que —lejos de ser estáticos— se halla en constante movimiento, redefinición y acción: ritmos diversos que configuran un contexto particular y demandan procesos de atención diferenciados.

La institución total para Goffman se basa principalmente en el establecimiento de relaciones sociales, y ello abre la posibilidad de observar cómo se establecen las interacciones entre los sujetos en cada espacio por estudiar y cuáles son los elementos tanto materiales como simbólicos que permiten la reproducción de la vida social en dichas instituciones. Las tipologías goffmianas no representan estructuras fijas: constituyen el resultado de un trabajo de sistematización y análisis de las relaciones sociales que se suscitan en espacios donde las interacciones sociales se encuentran delimitadas, principalmente por obstáculos materiales.

Como se mostrará en las siguientes páginas, al caracterizar el barco camaronero como institución total, el objetivo no consiste en destacar los atributos que coincidan en cierto grado con la propuesta

original del concepto, sino rastrear los que permitan observar cómo se establecen las interacciones sociales en este tipo de espacios laborales.

Elementos como *las jerarquías* que median las formas de organización social, o la existencia de *rituales* que permiten la reproducción de prácticas sociales que derivan en formas particulares de socialización. Los mecanismos de adaptación y los procesos que inciden en la configuración del *self* pueden variar; pero en la identificación tanto de convergencias como de discrepancias es como un concepto se enriquece.

Tal señalamiento es importante porque un patrón que se identifica en las investigaciones es la tendencia a generar parámetros de evaluación y cumplimiento de características que debería cumplir la institución total con base en las establecidas por Goffman para el hospital psiquiátrico.

Lo anterior ha generado un concepto que constriñe y limita el estudio de la complejidad de espacios donde el aislamiento social es característica principal. Una confusión con respecto a este punto puede ser de tipo teórico y metodológico, ya que la construcción de un concepto radica en su potencial de retroalimentación a partir tanto de sus variaciones empíricas como de su recurrencia.

La dirección de los cuestionamientos debería estar encaminada a comprender las diversidades, sentidos y formas de organización jerárquica; o bien los mecanismos o significados en torno a la privacidad y construcción del propio concepto de *privacidad*, por señalar sólo algunos ejemplos de orientación analítica.

La incorporación de nuevas dimensiones que generen y contribuyan al acervo teórico del conocimiento sobre las instituciones totales es uno de los principales objetivos aquí propuestos. La inclusión de categorías como el género es una ventana para pensar cómo ciertas prácticas de masculinidad o feminidad inciden en la salud emocional. Especialmente en una institución total donde las experiencias emotivas —como veremos— se hallan íntimamente ligadas con el ámbito corpóreo.

Un supuesto que subyace al presente trabajo señala que dentro de las instituciones totales se configuran diversos órdenes de género como aspecto indispensable para el sostenimiento de la propia institución.

Si algo enseñó Goffman en su trabajo sobre las instituciones psiquiátricas fue que en ellas se reproducían también ciertas normas y reglas de atención que acarrearán efectos particulares en la salud emocional de los individuos. Gran parte de dichas prácticas ocurren en el entrecruzamiento de prácticas sociales ancladas en el ámbito corpóreo que derivaban en cadenas emocionales y —en ocasiones— traían consigo riesgos para la salud.

Se parte entonces de que —al estar los cuerpos genéricamente diferenciados— el género constituye un aspecto indisociable en los efectos sobre la salud del grupo de estudio.

#### EL BARCO CAMARONERO EN ALTAMAR

La pesca del camarón es una actividad estacional que en la actualidad abarca sólo seis meses al año. Los pescadores navegan por las costas del Pacífico durante este tiempo dentro del buque camaronero, en busca del llamado “oro del mar”. La estancia dentro del barco tiene una duración de 20 a 30 días, y el único contacto visual cara a cara ocurre entre los compañeros de trabajo. La tripulación de un buque camaronero está compuesta y organizada jerárquicamente de la manera siguiente:

- *Patrón o capitán*: la jerarquía más alta dentro del barco, es el responsable de elegir las zonas de pesca para encontrar el camarón, así como de mantener la seguridad y resguardar la vida de los tripulantes. Su responsabilidad: llevar la mayor cantidad de producto.
- *Motorista*: responsable de la máquina del barco, el sistema eléctrico, así como de la refrigeración del camarón.

- *Cocinero*: encargado de preparar las tres comidas al día para alimentar a la tripulación. También ayuda a descabezar y limpiar el camarón.
- *Marinero*: los marineros — que generalmente son dos— realizan el manejo de las redes y equipos de pesca necesarios para tirar el lance. Hacen guardias; ayudan a manejar la embarcación; a descabezar, limpiar y acomodar el camarón en una tina.
- *Ayudante de motorista*: encargado de ayudar al motorista y cuidar el producto cuando el barco llega al muelle.
- *Pavo*: aprendiz. Recibe órdenes del resto de los tripulantes. Debe realizar actividades como tirar *el chango*: una red de prueba de camarón que se echa antes de tirar las redes. Debe mantener limpia la cubierta y —en caso necesario— ayudar al cocinero, así como llevar a cabo otras faenas.

Como puede observarse, la cantidad de personas que laboran es reducido; pero el barco camaronero también lo es. Este artefacto cuenta con una cubierta pequeña en la que los pescadores pasan la mayor parte del tiempo trabajando. En ella se despliegan todas las técnicas de pesca que son necesarias para pescar: se trata del espacio donde se realiza el trabajo. La cocina y el baño son —igualmente— espacios pequeños, aunque algunos buques aún no cuentan con este último.

Vivir en un barco camaronero no resulta cómodo. Las jerarquías dentro de él se pueden observar en la ocupación de los espacios: el capitán del barco cuenta con uno mayor; y, generalmente, su lugar se encuentra cercano al timón para maniobrar o dirigir las zonas de pesca. Los recursos de comida y agua de que disponen los pescadores son limitados.

El cocinero es el encargado de utilizar y aprovechar al máximo los alimentos, de manera que la tripulación se nutra y —al mismo tiempo— rinda hasta que el viaje concluya. El regreso por falta de líquido o comida trae consigo un gasto de diésel que en términos de costo económico podrían arruinar la pesca y el pago a los pescadores.



La vida cotidiana dentro del barco no tiene una organización aparentemente ordenada, debido a que las acciones de los sujetos se definen en función de la búsqueda del camarón. Los pescadores se encuentran a la expectativa de que en cualquier momento aparezca el pequeño crustáceo; los pavos y marineros lanzan constantemente la red conocida como “chango” para descubrir una buena zona de pesca.

El capitán es quien decide dónde pescar a partir de una articulación de saberes: revisa su bitácora (que contiene el conocimiento acumulado de las zonas donde en temporadas pasadas han encontrado camarón) para después tomar en cuenta el calendario lunar y de mareas, con la esperanza de que sus saberes (denominados “corazonadas”) le permitan llenar las redes de camarón. Cuando éstas se llenan, los pescadores pasan la noche en vela y se dedican a limpiar y pelar el camarón; después se realiza el proceso debido para su congelación, así como para mantenerlo en buen estado hasta el regreso a tierra, donde será empaquetado y quedará listo para su comercialización.

En otras palabras, quien programa las actividades y organiza la vida social dentro del barco es el camarón: cuándo es posible dormir, comer, asearse, descansar un rato. Es decir, un conjunto de actividades esenciales que los individuos comúnmente orientan en su vida cotidiana en distintos espacios; pero sobre todo, disponen de una aparente libertad para decidir cuándo se ejecutan dichas acciones.

La temporalidad y ubicación de los camarones se convierte en una espera laboral que funciona como referente principal para las otras actividades que se pueden realizar dentro de la embarcación. Este ente no humano tiene la capacidad de imprimir no sólo una dinámica particular de trabajo, sino también la orientación de las acciones de los pescadores.

El aspecto anterior se articula con el hecho de que los *hombres de mar* trabajan con un conjunto de limitaciones espaciales y materiales. El racionamiento sobre el uso de ciertos recursos vitales para la vida diaria como el agua y el alimento, forma parte del trabajo. La flota camaronera del Pacífico mexicano no ha experimentado una inversión tecnológica importante, por lo que las condiciones dentro

del buque durante casi un mes de estancia ahí no se caracterizan por ser las más cómodas.

Durante semanas, los pescadores disponen de muy escaso espacio para desplazarse. Actualmente, con los nuevos equipos de congelación, el camarón se mantiene en buen estado y ello permite alargar la estadía en altamar, lo que trae como consecuencia que los viajes sean más largos y los pescadores tarden más tiempo en regresar al muelle.

El barco es el espacio donde el pescador pasa gran parte de su vida; no sólo trabajando sino también socializando con sus compañeros. A partir de su tamaño, diseño y distribución espacial, el buque camarero delimita el espacio y las formas de interacción de los pescadores. El aislamiento forma parte de las características del trabajo; estar en medio de la mar dentro de un barco con otras ocho o siete personas con quienes se comparte una cotidianidad no sólo laboral, se convierte en algo complicado.

En principio, porque el mar, el barco y la cantidad de personas que navegan en él no constituyen los espacios ni los vínculos sociales de mayor trascendencia que tiende el pescador a lo largo de su vida. La restricción espacial es un aspecto que desempeña un papel en la vivencia misma del trabajo, donde abona la distancia familiar así como la pérdida de relaciones sociales con amigos durante varios meses al año lejos de tierra. Interactuar con las mismas personas todos los días puede resultar en ocasiones más difícil que soltar una red, arreglar un motor o determinar dónde se ubica la mejor zona de pesca.

Un rasgo que comparten todas las instituciones totales es que las actividades se realizan en el mismo lugar en compañía de los otros. No hay esferas de la vida separadas. El aislamiento y la convivencia dentro de un solo espacio llevan consigo una regulación de la conducta en aspectos de la vida íntima del individuo, como característica propia del barco.

Pescar camarón es fundamentalmente un trabajo que se aprende en la práctica; los individuos llegan a saber cómo aplicar las técnicas necesarias para saber pescar el camarón gracias a las enseñanzas de otros que llevan más tiempo laborando en el barco. La adquisición de la

experiencia resulta fundamental para el aprendizaje, la reproducción de los saberes, y la transmisión de conocimiento entre los miembros.

Ello es posible gracias a las convenciones sobre cómo organizar el trabajo dentro del barco y cómo utilizar los objetos que permiten pescar y conseguir un producto adecuado para comercializarlo una vez en tierra. Por ejemplo, el pescador aprende cómo usar la red, sus modelos, sus tamaños y sus materiales. Este tipo de saberes son transmitidos principalmente por los marineros y los patrones de barco a los principiantes, como acuerdos sobre cómo debe realizarse el trabajo; es decir, se trata de convenciones que se materializan mediante la interacción con los objetos.

El uso de las redes entre el principiante y el tripulante con más experiencia permite la transferencia de los acuerdos sobre su uso. Dicho aspecto resulta fundamental para comprender la distribución del conocimiento en ocupaciones como la pesca, donde la adquisición de destrezas depende del uso constante de los materiales de trabajo.

En tal sentido, las jerarquías no sólo funcionan para diferenciar el rango dentro del grupo en términos de estatus, sino que permiten la coordinación entre los miembros de la tripulación a partir de los diversos saberes que circulan en cada posición ocupada. La pesca es un oficio que requiere de la cooperación de todos para lograr lo que los pescadores llaman “un buen lance”; es decir: llenar de camarones las redes:

Pues ir aprendiendo a todo, si quiere que le den chance de marinero; pues aprender a remendar [*reparar*] las redes, si quiere irse de ayudante tiene que aprender a atender las redes, a aprender el uso del winche. Winchear [*usar el winche*] como dicen, aprendiendo a winchear, unos ya le dan chance para ser ayudante de motorista, y le van dando chance a uno de ayudante también. Y va aprendiendo uno con el motorista; cuando hay motoristas buenos, porque hay unos que no le quieren enseñar a uno. Había motoristas que yo bajaba para ayudarle a algo y se subía para que no viera lo que estaba haciendo. Y mejor me bajé de ese barco, porque qué

caso tiene. Después anduve de motorista; y de motorista me regresé a marinero, porque yo vi que no ganaba lo suficiente para mi familia. Saqué mis papeles de patrón. Me voy de marinero para que en una oportunidad me ponga de patrón (pescador 1, 2014, entrevista personal).

La transmisión del aprendizaje por medio de las jerarquías es un acuerdo compartido dentro del oficio y que permite la circulación de las habilidades necesarias para lograr pescar camarón en altamar. Cuando se presentan situaciones como la que narra el pescador, el bloqueo del aprendizaje puede ser una razón suficiente para no continuar trabajando en ese barco; los pescadores saben muy bien que si no adquieren experiencia, no lograrán hacer una carrera laboral en la pesca.

En ese sentido, la organización jerárquica en la distribución de las habilidades y saberes contenidos en cada posición, permite sostener un sistema de trabajo. Las jerarquías dentro de las instituciones totales son centrales para que dicho sistema se mantenga, en la medida en que permiten un orden social interno a partir de la reproducción de normas sobre cómo orientar la vida.

En el caso del barco pesquero, hacen posible no sólo distribuir y ejecutar el trabajo, sino también cohabitar y sobrevivir en altamar.

#### TIPOS DE MORTIFICACIÓN DEL YO EN EL BARCO CAMARONERO

Desde que Goffman (*Op. cit.*) presentara su propuesta, una de las principales características de las instituciones totales es el proceso de mortificación del Yo. Básicamente se trata del conjunto de acciones y situaciones que generan un proceso de privación, humillación, al igual que lesiones tanto físicas como emocionales que padecen las personas que viven o trabajan en la institución total. Al incorporarse a ella, el sujeto comienza un proceso de adaptación a las normas y prácticas que se demandan en ese tipo de espacios.

Lo anterior constituye también un elemento central en los procesos de constitución y reconstitución del Yo, al configurarse elementos que inciden en cómo el individuo se percibe y experimenta el reordenamiento social que trae consigo la entrada en una institución total.

Como se ha descrito, la pesca se configura como un sistema donde priva un conjunto de prácticas y expectativas con respecto a cómo los pescadores deben ejecutar sus actividades. Al hablar de “sistema” no se piensa en una estructura donde el individuo pasa a ocupar campos, sino en el conjunto de prácticas que se institucionalizan y permiten la reproducción del trabajo como un mundo laboral.

Los procesos de mortificación son observables a partir de la reproducción de prácticas corporales, donde el cuerpo del sujeto es el principal receptor de las acciones que tienen como objetivo adaptar y —en ocasiones— someter al individuo a la dinámica de las IT. Las modificaciones en las prácticas corpóreas son producto y efecto de los resultados que trae consigo una nueva condición, no sólo por su integración reciente a la institución, sino por una transformación de tipo ontológico, en la medida en que deviene una nueva forma de reconstitución del *selfy* —por tanto— de existencia.

Las prácticas corporales dan cuenta de la complejidad y de la polisemia (Muñiz, 2015), donde la materialidad del cuerpo mismo y sus transformaciones, otorgan sentido al contexto mismo de la IT.

El concepto de *mortificación del Yo* permite hacer referencia al conjunto de prácticas que se despliegan en el curso de acción de los sujetos e interceden sobre y desde el cuerpo de los tripulantes del barco camaronero. Transformaciones que se imprimen en los pescadores a partir de privaciones, laceraciones o exposiciones a riesgos que atentan contra la integridad física, emocional y —en ocasiones— contra la vida misma.

En la pesca se reproduce un conjunto de prácticas corporales que permiten observar procesos particulares de mortificación. Tales procesos pueden articularse mediante el vínculo de tres dimensiones:

- *La dimensión emotiva*: las emociones que surgen como parte de la vida y el mantenimiento de la institución total y se articulan con una segunda.
- *La dimensión corpórea*, en tanto espacio de regulación social y —al mismo tiempo— productor de significados y percepciones sobre la constitución del *self*, tanto individual como social.
- *La tercera dimensión obedece al ámbito de lo moral*, donde opera un conjunto de valorizaciones y evaluaciones respecto a la organización de la vida en el barco; es decir, creencias que permiten el mantenimiento del individuo en las condiciones donde desarrolla su trabajo.

Hacer referencia al conjunto de prácticas corpóreas características de los procesos de mortificación, también trae consigo reflexionar sobre cómo los cuerpos no se construyen en abstracto, sino que se encuentran organizados a partir de un orden social de género y un conjunto de expectativas culturales (Sabido Ramos, 2016). Se parte del supuesto de que la diferenciación genérica de los cuerpos es una impronta transversal a los procesos de mortificación y —por tanto— reproducción de formas de desigualdad.

El género es entendido como elemento constitutivo de las relaciones sociales donde los cambios en su organización corresponden también a cambios en las representaciones de poder (Scott, 2008). Se considera entonces que una ventana analítica para comprender cómo los individuos viven las situaciones de aislamiento social es el análisis de las representaciones y símbolos de género que giran en torno a las prácticas que constituyen los procesos de mortificación y les atribuyen sentido.

Una particularidad del barco como institución total es que también se configura como un contexto de género y contribuye a las restricciones estructurales del espacio, al ser un trabajo realizado únicamente por varones.

En este caso, las prácticas corporales no se encuentran desarticuladas de construcciones sobre la masculinidad. Por el contrario,

como se mostrará en las siguientes páginas, configuran un elemento fundamental tanto para el mantenimiento de la institución como para la reproducción de las relaciones asimétricas entre los propios varones y sus efectos en la configuración identitaria de los pescadores.

Las valoraciones que los pescadores tienen sobre sus acciones y el trabajo mismo, están permeadas por concepciones sobre ordenamientos de género. Por ejemplo, situaciones que ponen en riesgo la vida de los pescadores pueden ser resignificadas a partir de valores asociados con ciertos mandatos de masculinidad que los hombres deben cumplir.

Los procesos de mortificación del yo dentro de la institución total permiten analizar la dimensión sociocultural de la salud, tomando en cuenta los ordenamientos de género como elemento transversal en los mecanismos que permiten su reproducción.

De Keijzer (2001) señala que el género se interioriza mediante la socialización, a partir de procesos culturales complejos como factores fundamentales en la construcción de una masculinidad predominante dentro de espacios particulares que entrañan un alto costo para los varones. Una socialización masculina como la de los pescadores tiende al descuido del propio cuerpo. En ella, el riesgo, la competitividad, la contención emocional y la demostración de fuerza corporal le imprimen una significación distinta.

Una característica de los cuerpos masculinos en algunas sociedades occidentales es el olvido del cuerpo, ignorado en la cotidianidad. Silenciar el dolor corporal es una característica emocional central en configuración de algunas formas de masculinidad en este tipo de culturas marítimas.

Para tal fin, se considera pertinente utilizar el recurso de construcción de tipologías de mortificación del yo en las que se intenta hacer un trabajo de simplificación que permita ordenar y mostrar los diversos modos como operan las desigualdades de género y los efectos que pueden tener en el cuerpo de los pescadores.

Se retoma la articulación conceptual planteada párrafos anteriores: emociones, cuerpo y moral (vinculada principalmente a formas

de evaluación de género) para exponer las disímiles situaciones a las que los pescadores deben enfrentarse.

Por supuesto que el recurso metodológico de las tipologías reduce la diversidad a un conjunto de situaciones; sin embargo, posibilita el establecimiento de rasgos compartidos sobre un mismo aspecto. Los tipos de mortificación del yo que caracterizan a la institución total analizada son los siguientes:

- a. prácticas de resistencia,
- b. prácticas de normalización de riesgo, y
- c. prácticas de exposición.

A continuación, se caracterizarán en profundidad cada uno de los tipos que componen la tipología y características que los definen. Es necesario aclarar que las prácticas no son excluyentes entre sí. En otras palabras: en una misma narrativa podemos encontrar el ejercicio de una o todas las prácticas, lo que recuerda el potencial de reconstrucción y temporalidad del propio sujeto en el momento de construir su relato.

#### *Tipo 1: prácticas de resistencia*

Las prácticas que constituyen este tipo se refieren principalmente al potencial que tienen los pescadores para resistir una serie de privaciones que son resultado del aislamiento social que caracteriza al barco. Cuando comienzan a realizar los primeros viajes a altamar, los pescadores deben acostumbrar el cuerpo a sobrellevar ciertas situaciones nuevas: el movimiento del barco, aplicar las técnicas de pesca, conocer la programación y organización del trabajo; la socialización que trae consigo el sistema de trabajo.

Laborar en un barco camaronero implica tener la disponibilidad de dejar que la dinámica de la pesca del camarón organice los aspectos más elementales y personales de los que, en la vida cotidiana fuera del buque, el propio individuo es responsable.



El pescador debe tener la voluntad de modificar un conjunto de prácticas que entrañan una pérdida de autonomía en la que el cuerpo es el principal receptor. La primera de estas modificaciones ocurre mediante el sueño y la comida, ya que el individuo deja de ejercer un control sobre los horarios y depende tanto de los ritmos de la pesca como de las órdenes del capitán.

Si bien cuando no es momento de pescar los tripulantes intentan simular una vida similar a la de tierra a partir de una programación, deben tener la disponibilidad para interrumpirla en el momento cuando los camarones aparezcan:

El tiempo de lance es de cada cuatro horas. “Lance” quiere decir el arrastre que hace el equipo, y se levanta cada cuatro horas. En ese lapso, si terminas en tres horas el trabajo, pues duermes una hora. Pero yo, como pavo [*principiante*], no dormía; los compañeros sí se recostaban y seguía con un probador que le decimos vulgarmente “chango”, y tenía que estar en el chango junto con el patrón del barco. A veces estaba yo sin dormir las 24 horas porque había pesca, y así fue como yo empecé en la pesca (pescador 2, 2014, entrevista personal).

Dicha privación está mediada por un sentido de responsabilidad colectiva con respecto a la ejecución del trabajo, ya que para sacar un “buen lance” se requiere la coordinación de toda la tripulación. Esta adaptación corporal forma parte de las habilidades necesarias para pescar, al igual que el aprendizaje de cualquier técnica de pesca.

Un segundo aspecto son las laceraciones sobre el propio cuerpo de los pescadores, resultado de su manejo de las técnicas de pesca y su contacto con el camarón mismo. Algunos objetos que forman parte del desempeño del trabajo imprimen un riesgo adicional a la vida dentro del barco; por ejemplo las tablas de madera que permiten el arrastre de las redes. Suelen ser muy pesadas o exigen ejecutar un conjunto de maniobras con ellas en las que el pescador puede caer al mar. Cabe la posibilidad de ahogarse o perder alguna parte del cuerpo si algún objeto le cae encima:

Me dice el patrón: “¿Sabes qué? Vamos a subir esas tablas porque vamos a cambiar de chinchorros, porque éstos no me gustan como trabajan”. Y me subí. Me bajé para enganchar las tablas; pero cuando me quise a subir al tangón y me subí con todo mi cuerpo, sentí cómo me tronó aquí en la mano y ya no pude subir. Como pude, me subí con una mano y le dije al patrón: “¿Sabes qué? Ya no voy a trabajar porque ya me tronó la mano y me duele muy feo. Lo que vas a hacer es irme a dejar. Ya no voy a trabajar”.

“Nom’bre. Te vas a ir a la cocina”.

“Pero va a ser la misma. Ahorita está calmado, pero cuando empiece la marejada tengo que agarrar el mango de la olla y así”. Y no me dijo (*ininteligible*) y así pasó. Como a los tres días empezó la marejada y le pedí que me fuera a dejar porque ya no aguantaba el dolor. Y sí me fueron a dejar [...]. Este trabajo así es (pescador 3, 2014, entrevista personal).

Además, el crustáceo libera un ácido que quema las manos de los pescadores y causa la formación de llagas que van a generar dolor y —más tarde— algunas cicatrices que le recordarán las prácticas que su trabajo le exige. Para lograr mantenerse dentro del barco, el individuo tiene que aprender a resistir ese tipo de daños y modificaciones al propio cuerpo. La expresión del dolor no se permite; aunque ésta se manifieste, lo que se espera de él es que continúe realizando su trabajo, pese a cualquier daño corporal que haya sufrido.

La queja es asociada como un aspecto que denota debilidad y se le clasifica como “no apto” para convertirse en hombre de mar. Los estereotipos de masculinidad que circulan sobre el varón “fuerte” y “resistente” suelen estar vinculados (como señala Díaz Loving, Rivera Aragón, y Velasco Matus, 2012), con creencias exageradas sobre las asignaciones genéricas.

La resistencia dentro del barco es una demostración de virilidad que se ha incorporado como elemento indispensable dentro del sistema de pesca. Constituye una creencia y es un aspecto valorado por el gremio pesquero, lo cual permite observar la vinculación entre la dimensión organizacional de una actividad laboral y el papel que desempeñan el conjunto tanto de imaginarios como de símbolos

en los procesos de conformación de identidades masculinas, donde soportar el riesgo físico y mental es condición necesaria.

De Keijzer (2001) apunta que el autocuidado es un aspecto importante para disminuir los riesgos a la salud, por lo que la masculinidad en ocasiones puede constituir un riesgo entre varones y para el varón mismo.

La firmeza frente a las situaciones anteriores interactúa con otro factor: la mediación emocional del encierro. Aquí la principal demanda por parte de la tripulación es la capacidad de mantenerse calmado y “soportar” la distancia familiar y/o de los amigos. Se busca a individuos que desarrollen la capacidad para controlar un conjunto de emociones morales catalogadas como “negativas”, tales como la ira, la ansiedad, y la tristeza.

Una de las principales razones por las cuales se da la búsqueda del mantenimiento de un ámbito emocional aparentemente estable, se debe a que cada tripulante tiene sus tareas y responsabilidades asignadas, las cuales debe cumplir para que el trabajo salga adelante. Se espera que —de igual manera— los otros cumplan con las tareas requeridas.

El trabajo de la pesca es una organización jerárquica que configura un engranaje y depende de individuos que realizan sus actividades con dependencia entre sí y con entidades que permiten mantener dicha interacción.

Una característica que distingue a la masculinidad hegemónica es la privación de emociones. Frases como “Los niños no lloran” o “Aguántese como los hombres”, se han incorporado como discursos y prácticas en diversos ámbitos de la vida de los individuos. Asimismo, los espacios laborales han funcionado como lugares de reproducción de las identidades masculinas.

A partir de las narraciones anteriores, podemos observar cómo el barco es una institución total que reproduce ciertas prácticas de masculinidad. En ese espacio, la contención emocional frente al riesgo y el dolor se constituye como un aspecto clave en la supervivencia.

Ello permite pensar en lo paradójico del asunto: la contención emocional acarrea altos costos para la salud mental de los pescadores bajo una situación de aislamiento, como puede ser depresión o ansiedad de querer regresar a tierra. Sin embargo, dicha privación funciona como una estrategia de supervivencia frente a los riesgos de muerte que entraña el hecho de navegar en el océano Pacífico.

El ejemplo anterior representa un reto analítico para el vínculo establecido entre género, masculinidades y salud emocional. Permite pensar en la complejidad y variedad de escenarios posibles en los cuales transcurre la vida de los hombres, quienes llevan consigo un conjunto de comportamientos, símbolos y valores que interactúan e imprimen significaciones diversas sobre la propia experiencia.

Las jerarquías en la pesca del camarón funcionan como canales de aprendizaje y permiten la conformación de un sistema estable; aunque el individuo se mueva a lo largo de su vida entre diferentes posiciones —según sus propios cursos de acción—, la organización laboral arriba del barco conforma una red que ha mantenido constante la manera de organizar el trabajo y circular el conocimiento entre generaciones de pescadores.

Tales procesos de mortificación del yo mediante el dolor corporal, las cicatrices y la privación del manejo de los horarios de alimentación y sueño, logran la ejecución del trabajo.

Significa entonces que dicha transformación sobre *el self* es un elemento que se ha construido a lo largo del tiempo, al punto de volverse intrínseco a la organización laboral. El cuerpo del pescador constituye un espacio de construcción y reproducción del oficio de la pesca.

En los tipos de prácticas de resistencia se observa cómo se despliegan diversos cursos de acción de los trabajadores. Este tipo de situaciones —en tanto formas de mortificación del yo— se encuentra fuertemente vinculado con representaciones de masculinidad, en las que el trabajo es un elemento que constituye la vida de los trabajadores.

Aceptar las laceraciones, la falta de alimento, de horarios, de sueño. . . son prácticas que los hombres incluyen en sus reflexiones sobre el

propio oficio. Lo consideran un aspecto que han de superar y resistir para convertirse en pescador o consolidarse como tal, en cuyo ámbito el control de las emociones negativas se halla vinculado y valorado.

La debilidad porta la etiqueta moral de no lograr ser un “buen pescador” que —al mismo tiempo— se vincula con valoraciones en las que la imagen del varón está relacionada principalmente con la capacidad de su adaptación a un espacio que no garantiza su integridad física.

### *Tipo 2: prácticas de normalización de riesgo*

Tal tipo de prácticas aluden a las acciones de los pescadores cuando tienen que enfrentarse a uno de los principales riesgos del trabajo: los huracanes. Los fenómenos meteorológicos ponen a prueba el sistema de pesca, sus jerarquías, sus formas de convivencia, las habilidades de los pescadores, así como la coordinación entre ellos y con los objetos que se utilizan para realizar el trabajo en el barco.

En ocasiones un huracán puede llegar a azotar con tal fuerza que ni la mejor organización ni la experiencia acumulada de un patrón pueden garantizar la estabilidad de la red que conforma cada buque camaronero. Sin embargo, cuando los pescadores logran salir adelante frente a un ciclón o ante un “torito” (vientos fuertes que forman grandes oleajes), las representaciones simbólicas en torno al hecho de ser hombre y su posibilidad de librar a la muerte se configuran y refuerzan.

Cuando se presenta un ciclón, el mar se convierte en un factor que imposibilita la vida en el barco que conforma a un buque camaronero. La colaboración de la tripulación y las maniobras realizadas adecuadamente son importantes para que los pescadores sobrevivan. Mantener a flote el barco es poner en acción los conocimientos y —sobre todo— compartirlos con los otros.

La experiencia de quienes llevan más tiempo realizando la labor (como los patrones), no sólo transmite la confianza de los años de trabajo, sino que también cumple un papel central en el manejo

emocional para mantener la calma. Elemento fundamental para poder regresar a tierra.

Ese tipo de prácticas se presenta más en las narrativas de los capitanes de barco, la ocupación más alta de la jerarquía donde se atribuye el conjunto de responsabilidades que no sólo tiene que ver con la pesca del camarón, sino también con la supervivencia: vivir durante un mes en altamar.

Un día nos agarró un mal tiempo que ya no hallaba si darle vuelta o seguir. Que lo más seguro es “ponerle la popa”, como se dice. Pero se puso tan feo que hasta para dar vuelta, la pensaba [...]. Era viento con lluvias. La embarcación se hacía así y se llenaba de agua. Y dije: “De ésta ya no sale”. Uno ahí nomás en la rueda, y otro compañero en el acelerado: y “Bájale y súbele” y así. Y acá una vez trabajando con los equipos abajo. También hay veces que lo agarra un mal tiempo con los equipos. Por ejemplo, si yo voy para arriba y el viento lo traigo de proa para dar vuelta. Peor si mi embarcación es poco celosa para la mar. Hay barcos muy buenos para la mar que de todos modos se pone uno pensativo. Pero, de plano, hay barcos que son muy malos y más se acobarda uno, pues le da miedo a uno; pero sin demostrarle a la gente, porque si uno como patrón se hace débil, pues no (capitán de barco 1, 2014, entrevista personal).

La emoción que caracteriza este tipo de mortificación es el miedo que se traduce como un factor que hay que superar. No puede ser expuesto frente a los tripulantes porque —al parecer— surge una propagación de *contaminación emotiva negativa* que puede paralizar al resto de los individuos que viven en el barco.

Kemper (1981) señala que el miedo es una reacción ante el peligro inminente, que da cuenta también de sentimientos como la incertidumbre frente a la imposibilidad de controlar una determinada situación donde la expectativa de que algo terrible puede pasar es latente.

Para poder trabajar en altamar, es necesario normalizar el riesgo permanente de perder la vida e internalizar esta posibilidad:

Venía otro [*pescador*] como patrón, pero le tuvo miedo (*a un oleaje fuerte*). Le tuvo miedo. Y yo, en ese tiempo, ya tenía papeles de patrón. Me pasó el barco a mí y yo fui el que lo sacó. A él le entró el pánico: temblando de miedo. Se metió a su litera y no quiso saber (*pescador 4, 2014, entrevista personal*).

Podría pensarse entonces en un proceso de normativización que se encarna mediante la recurrencia de la exhibición del cuerpo mismo en altamar, frente al conjunto de factores que plantean situaciones de peligro para la vida de la tripulación.

Un capitán que enfrentó una situación de este tipo, comenta: “Pues, yo estaba acostumbrado a andar en lancha y torear, así, los vientos fuertes: en lancha y en un barco. Pues, no tenía miedo. Nada de miedo. En ese momento no tenía nada de miedo” (*capitán de barco 2, 2014, entrevista personal*). Las emociones en este contexto responden también a representaciones sobre cómo debe sentirse a partir de una división sexo/genérica.

Una característica en relación con los varones es su asociación hacia la configuración de sí mismos como seres “no emotivos”, principalmente porque esta dimensión se ha relacionado a lo largo de la historia a partir de la dicotomía racional-irracional, donde los varones estarían del lado de la razón y —por tanto— más cerca del conocimiento y la verdad.

Los hombres, entonces, no solamente no deben darse “el lujo” de configurarse como seres sensibles: deben evitar emociones que atenten contra una racionalidad masculina.

La pesca es un trabajo que se realiza en cooperación: parte del impulso de hacer funcionar la manera de organizar el trabajo, ya que el resultado de lograr una buena pesca beneficia a todos, no sólo a uno de ellos. Por eso, una falla por parte de alguno de los miembros puede afectar a toda la tripulación.

Eso mismo se traslada al tema del cuidado de la vida del otro. La responsabilidad como un aspecto valorado en este gremio va a responder tanto al cumplimiento de lograr un buen pago —ya que

el pago de la pesca depende de la cantidad de camarón que se logre obtener— como al cuidado que se dedique al otro.

La responsabilidad es un valor que adquiere un papel activo en el ordenamiento de las actividades que se realizan en el barco. Asimismo, pasa no sólo por cuestiones laborales, sino también por el cumplimiento de proveer económicamente a la familia. Es necesario recordar que el trabajo de la pesca es realizado principalmente por varones; por ello, este tipo de aspectos habla también de modelos de masculinidad que los individuos tienen que desplegar en el espacio familiar, y se entrelaza con el sentimiento de obligación de regresar con el barco lleno de camarones.

La normalización del riesgo se refiere entonces al conjunto de prácticas que se extienden para evitar hallarse en este tipo de situaciones de riesgo donde el hecho mismo de conservar la vida de los pescadores resulta incierto. Al hablar de “normalización” no se hace referencia a la habituación de este tipo de situaciones, sino a la introspección del peligro latente como un aspecto que se sella y se acepta como parte del proceso de trabajo.

El peso del mandato de la responsabilidad familiar con el que cargan los varones cobra altos costos emocionales para la salud misma de los pescadores. El control del miedo como sinónimo de debilidad es una característica que lleva consigo el peso de ocultar los sentimientos y la imposibilidad de compartirla con los otros hombres pescadores.

El hecho de reconocer el miedo se acepta sobre todo después de que el suceso de riesgo ha transcurrido: una vez que se demuestra la resistencia a la adversidad climática. Ello permite pensar en la necesidad de crear espacios de autocuidado de la salud tanto física como emocional, donde romper con las expectativas de comportamiento masculino resulta clave para pensar en alternativas ante las condiciones de aislamiento temporal.



*Tipo 3: prácticas de exposición*

Las prácticas de exposición son aquellas en las que el individuo obtiene satisfacción por enfrentarse a situaciones de peligro. A diferencia de las prácticas de normalización de riesgo, éstas se configuran a partir de la elección del individuo por vivir o hacer frente a experiencias en altamar que pongan en peligro su vida. El cuerpo se sitúa de manera distinta en el barco, especialmente porque los sujetos que narran este tipo de situaciones se encuentran en la búsqueda de circunstancias que pongan su vida en riesgo.

Imagen 1  
Pescador con tiburón<sup>3</sup>



FUENTE: Fotografía del perfil de *Facebook* del pescador entrevistado, tomadas con su autorización (4 de marzo, 2018).

Lo fantástico cumple aquí un papel trascendental: la posibilidad de conocer e interactuar con otros entes no humanos que sólo la vida marítima puede ofrecer, como es la pesca de tiburones, langostas, peces vela, pardos de gran tamaño. . . Se configura como una forma

<sup>3</sup> Fotografías tomadas del perfil de *Facebook* con la autorización del pescador entrevistado (4 de marzo, 2018).

de idealización del riesgo, no como algo que hay que evadir. Tal vez una tripulación tenga la misma ubicación espacio-temporal, pero los cuerpos de los pescadores pueden estar emotivamente situados de manera distinta.

Lo anterior quiere decir que los esquemas de percepciones del propio individuo desempeñan un papel trascendental en los modos de vivir la dinámica de la vida cotidiana dentro de la institución total. Con ello no se pretende caer en una visión individualista sobre las consecuencias que acarrearán las estructuras que tienden a absorber la cotidianidad de las personas, sino reconocer los campos de acción y agencia que ellas ejercen frente a situaciones particulares.

En ese tipo de prácticas, el aislamiento social se articula con la coexistencia de otro tipo de seres que vive en el océano. Animales marinos (como el tiburón) forman parte de la interacción de los pescadores e inciden en las maneras de habitar el barco como espacio donde las esferas de la vida social se hacen sólo una. En tal sentido, el buque pesquero se convierte en un espacio de producción y articulación de significados en torno a la construcción de la masculinidad de los pescadores.

Tal tipo de entidades no humanas cumplen un papel en la mediación de significado sobre el trabajo mismo: se trata de seres que participan en la concepción del espacio que tienen los pescadores del Océano Pacífico en el que navegan. Las prácticas de éstos son resultado entonces de la producción y circulación continua de personas y objetos que dotan de sentido dinámico al espacio (Mondragón, 2014). En el caso que nos ocupa: una institución total como el barco.

Imagen 2  
Pescador con langosta



Rivas Sánchez (2004) señala que los varones pasan por un conjunto de rituales de interacción en el que se someten a prueba a sí mismos frente a los otros; en este caso, los animales y los objetos van a permitir la producción simbólica de imaginarios de género relacionados con la masculinidad dentro de una institución total.

A diferencia de los hallazgos empíricos de Goffman con respecto a los procesos de mortificación del Yo (donde los límites de acción del individuo son casi nulos), en el barco se articula un conjunto de actores, animales y objetos que permiten dotar de sentido ciertas prácticas en las cuales el riesgo puede convertirse en un anhelo que perseguir dentro del trabajo.

El riesgo es una situación valorada entre los hombres, especialmente cuando se comparte en colectivo. Los espacios homosociales pueden concebirse como un conjunto de articulación de representaciones, personas, imaginarios, objetos: entes que en su interacción continua permiten la producción de las relaciones de género.

El aislamiento social puede adquirir significados múltiples; sin embargo, ello no quiere decir que el sujeto no quede expuesto, lasti-

mado, privado o que no viva la mortificación resultado de dinámicas que se imponen en la institución total.

La agencia del sujeto va a desempeñar un papel central en las consecuencias que acarrearán ciertas prácticas que llevan al límite la autonomía del individuo y —por tanto— la constitución del Yo.

La exposición a situaciones de peligro quizá sea una de las características distintivas de la construcción de una masculinidad hegemónica en la vida cotidiana (Connell, 2003). Exponerse ante el peligro que plantean diversos entes, permite pensar en el papel que cumple la materialidad para los procesos de constitución de las identidades de género.

Se trata de una polisemia de significados en torno al riesgo que representa para la salud de los varones —por un lado— la exposición al riesgo, en tanto práctica que reta la existencia misma, y —por el otro— las interacciones sociales entre los pescadores y los animales marinos como saberes e interacciones sociales que se gestan a partir de la coexistencia en el espacio que permite la delimitación material de la institución total.

Lo anterior tiene implicaciones analíticas para pensar el propio concepto de *salud emocional* desde una mirada menos etnocéntrica; asimismo, para reconocer que los significados en relación con el cuidado (lo que vemos como riesgo al bienestar físico, emocional y social), en otro contexto puede suponer un medio central para relacionarse bajo ciertos procesos de socialización. Por ejemplo, un pescador pudo haber perdido una mano en el cumplimiento de la labor; pero el hecho puede ser interpretado como un logro o un signo de supervivencia y acompañarse de un sentimiento de satisfacción.

Así pues, un aspecto fundamental para comprender el vínculo entre identidades masculinas y salud requiere también de la incorporación de los conocimientos locales que se gestan en diversos espacios; de las creencias y valores que permiten la producción del establecimiento de las relaciones de género.

## CONCLUSIONES

En los apartados anteriores he querido mostrar las repercusiones que acarrea a la salud de un grupo de pescadores el hecho de laborar pescando camarón en altamar; ello a partir de aplicar el análisis de la reproducción de ciertas prácticas corporales de género como procesos particulares de mortificación del Yo. Este último como un concepto útil para problematizar la salud bajo condiciones de aislamiento social. A partir de sus particularidades, el barco como institución total ha permitido abonar al concepto formulado por Goffman.

A su vez, se ha querido rescatar el potencial analítico que todavía tiene dicho concepto para comprender los procesos de atención a la salud que observan los hombres sobre su propio cuerpo dentro de este tipo de instituciones. Un aspecto clave ha sido la articulación de la materialidad y las entidades no humanas que imprimen dinámicas y ofrecen lógicas distintas para pensar la vida de los sujetos dentro de las instituciones.

La identificación de tipos de práctica ha permitido discernir a partir de la articulación conceptual (emociones, cuerpo y valores), la diversidad de acciones y valorizaciones que circulan dentro de este tipo de institución. Prácticas donde el cuerpo del pescador es el principal referente de acciones que lo ponen en riesgo o le causan dolor.

Los símbolos y representaciones en relación con ciertas maneras de “ser hombre” van a mediar los esquemas de percepción de los pescadores y —sobre todo— van a contribuir a crear un conjunto de valoraciones en relación con su propio cuerpo. De tal modo, es posible señalar cómo se reproducen situaciones de desigualdad para los varones en un mundo laboral caracterizado por el aislamiento social, donde el orden de género es un elemento constitutivo de relaciones de poder que organiza la vida, el trabajo y la salud de los pescadores.

Como se ha señalado, la experiencia corpórea se encuentra genéricamente diferenciada e imprime unos modos particulares de *mortificación del Yo*, que permiten pensar en la salud como una

construcción social imbricada en las prácticas, representaciones y significados que los sujetos hacen circular y operar.

Desde el replanteamiento del concepto de *institución total* y las prácticas de mortificación del *Yo*, se ha logrado observar el vínculo entre género, emociones y salud como categorías que circulan desde la percepción individual como elemento de esta interacción con dominio de tipo institucional y estructural.

Por último, quisiera cerrar el capítulo señalando algunos desafíos planteados para el estudio de las instituciones totales, donde podemos encontrar desde instituciones de salud hasta cárceles o espacios laborales, como el barco. Tales desafíos pueden ser también una invitación para las instituciones de salud pública encargadas de atender los costos que genera el cuidado de la salud emocional en el trabajo, sobre todo en las condiciones que caracterizan a las instituciones sociales:

1. La urgente necesidad de reconocer la dimensión de género como un elemento transversal en los procesos de atención a la salud emocional en contextos laborales donde el encierro constituye una característica central.
2. Los trastornos como depresión, ansiedad e ira suelen estar anclados en ciertas prácticas de género, donde la constitución de ciertas identidades (en este caso, masculinas) permite comprender cómo forman parte elemental de las organizaciones laborales. Si no se les toma en cuenta, pueden acarrear para el gobierno un alto costo de atención.
3. El vínculo corpóreo-emotivo invita a comprender la salud emocional en estrecha relación tanto con las implicaciones subjetivas de las concepciones sobre el autocuidado, como con fuertes repercusiones en los procesos de constitución del *self* que pasan por prácticas de autogestión del riesgo. Aquí el desafío central sería generar encuentros entre los conocimientos que proponen las instituciones de salud con los saberes generados por los propios trabajadores/as sobre los cuidados de ese rubro en los espacios de trabajo.

4. El estudio de la salud emocional en espacios laborales que no corresponden a la fábrica, la empresa o el campo, ha sido prácticamente ignorado. Por ello, es necesario generar conocimiento empírico sobre las diversas realidades que viven hombres y mujeres. Tomar en cuenta la diversidad de espacios va a permitir ampliar el conocimiento sobre las condiciones y experiencias donde se desarrollan ciertos trabajos.

Por último, el estudio de los procesos de mortificación del Yo como una característica de la institución total es una puerta conceptual para el estudio de las dimensiones culturales y su relación con la salud emocional como procesos de adquisición y capacidad de bienestar, los cuales se hallan imbricados con procesos de diversa índole: ambientales, tecnológicos, políticos, económicos y sociales.

Si bien podemos pensar en elementos que estructuran la masculinidad a partir de factores de riesgo para la salud de los pescadores, podría considerarse que se configuran masculinidades marítimas donde se gestan procesos de socialización particulares y —por tanto— concepciones diferenciadas sobre la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Connell, Raewyn (2003) [1995]. *Masculinidades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Coordinación de Humanidades-Programa Universitario de Estudios de Género.
- Díaz Loving, Rolando; Sofia Rivera Aragón; y Pedro Wolfgang Velasco Matus (2012). "Masculinidad-feminidad y salud mental". *Persona* 15 (enero-diciembre): 137-156. Lima, Perú: Universidad de Lima.
- Goffman, Erving (2012) [1961]. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Jacobsen, Michael Hviid, y Søren Kristiansen (2015). "Goffman's Sociology of Deviance". En *The Social Thought of Erving Goffman*, compilado por Michel Hviid Jacobsen y Søren Kristiansen, 85-100. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Keijzer, Benno de (2001). "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina". En *La salud como derecho ciudadano: perspectivas*

- y propuestas desde América Latina*, coordinado por Carlos F. Cáceres, Marcos Cueto, Miguel Ángel Ramos Padilla, y Sandra Vallenás, 1-26. Lima, Perú: Universidad Peruana "Cayetano Heredia". Disponible en línea: <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm> [Consulta: 21 de noviembre, 2020].
- Kemper, Theodore D. (1981). "Social constructionist and positivist approaches to the sociology of emotions". *The American Journal of Sociology* 87, núm. 2 (septiembre): 336-362. The University of Chicago Press.
- Latour, Bruno (1992). *Aramis ou L'amour des techniques*. Colección Textes à l'appui. Anthropologie des sciences et des techniques. Paris: Éditions La Découverte. Disponible en línea: <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb35501068s> [Consulta: 21 de noviembre, 2020].
- Latour, Bruno (1993-1994). "Etnografía de un caso de 'alta tecnología': sobre Aramis". *Política y Sociedad* 14: 77-98. Disponible en línea: [http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Etnografía+de+un+caso+de+\"altatecnología\":+sobre+Aramis#0](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Etnografía+de+un+caso+de+\) [Consulta: 21 de noviembre, 2020].
- Latour, Bruno (2012). *An Inquiry into Modes of Existence: An Anthropology of the Moderns*. Londres/Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Mondragón, Carlos (2014). *Un entramado de islas. Persona, medio ambiente y cambio climático en el Pacífico Occidental*. México: El Colegio de México-Centro de Estudios de Asia y África.
- Muñiz, Elsa, coord. (2015). *Heurísticas del cuerpo. Una mirada desde América Latina*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco-División de Ciencias Sociales y Humanidades/La Cifra Editorial.
- Perry, Nick, y Roy Wilkie (1974). "Social theory and shipboard structure: II. Models, metaphors, and ships". *Maritime Studies and Management* 1, núm. 3 (enero): 136-146.
- Rivas Sánchez, Héctor Eloy (2004). "Entre la temeridad y la responsabilidad. Masculinidad, riesgo y mortalidad por violencia en la sierra de Sonora". *Desacatos* 15-16 (otoño-invierno): 69-89.
- Rodríguez, Ricardo (1995). "El buque mercante como institución total". Tesis de doctorado en Ciencias de Ingeniería Náutica. Cataluña: Universidad Politécnica.
- Sabido Ramos, Olga (2016). "Cuerpo y sentidos: el análisis sociológico de la percepción". *Debate Feminista* 51 (junio): 63-80.
- Scott, Joan Wallach (2008). *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica/Universidad Autónoma de la Ciudad de México.



Scott, Susie (2010). "Revisiting the total institution: Performative regulation in the reinventive institution". *Sociology* 44, núm. 2 (abril): 213-231. British Sociological Association.



## Conclusiones

*Karina Bárcenas Barajas*

En este libro se abordaron las desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo a partir de un conjunto de disputas que se sitúan en el campo médico, uno de los espacios más importantes para el establecimiento de las condiciones que definen el ejercicio y regulación del género y la sexualidad.

Como parte de ese acercamiento, se construyó una perspectiva analítica que permitió definir el derecho a decidir sobre el propio cuerpo como un principio de autonomía del individuo que se fundamenta, principalmente, en la libertad de conciencia y el libre desarrollo de la personalidad, por lo que de manera subjetiva se ejerce como una capacidad de agencia frente a instituciones, saberes y representaciones encargadas de organizar el sentido y las prácticas para dar continuidad a un orden social (un orden de género heteropatriarcal) que —mediante marcajes como el sexo— ha situado de manera distinta y desigual a mujeres y a hombres en las estructuras tanto sociales como simbólicas. Tal aproximación constituye una propuesta para futuros abordajes sobre el tema.

Asimismo, los distintos contextos sociohistóricos, experiencias encarnadas y prácticas alrededor del campo médico que componen la presente obra, mostraron la centralidad que la interseccionalidad ocupa para analizar las desigualdades que se producen en el acceso y reconocimiento de este derecho por dimensiones constitutivas de

un orden social como la identidad de género, la orientación sexual y la edad.

La identificación de dichas desigualdades muestra la importancia que cobran la libertad de conciencia y el libre desarrollo de la personalidad. Ello con el propósito de que las posibilidades para decidir sobre el propio cuerpo sean reconocidas y garantizadas por un instrumento jurídico-político como el que representa el Estado laico.

Las desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo en el campo médico que aquí se analizan, también revelaron una moralidad sobre el género y la sexualidad que está presente tanto en el conocimiento como en la práctica médica. Reconocer esta particularidad resulta fundamental para enmarcar los aportes primordiales en los que convergen los distintos capítulos que conforman este libro, los cuales se presentan a continuación.

#### POLÍTICAS NEOLIBERALES EN SALUD Y EL NEOCONSERVADURISMO

Las perspectivas de análisis que este libro reúne han mostrado que el cuerpo y la sexualidad de las mujeres continúa siendo un terreno de disputa, independientemente de la edad, la orientación sexual o la manera como resignifiquen los mandatos y roles de género en las diversas etapas de su vida.

En el campo médico tanto la regulación como el control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres se hacen presentes no sólo mediante algunos de los saberes que dan forma a este espacio. También lo hacen mediante políticas de salud, procesos de medicalización y prácticas de mercado que encuentran nuevas lógicas de interacción y lugares de enunciación para imponerse y reproducir las desigualdades de un orden social: un orden de género.

No obstante, las articulaciones entre la medicina, las políticas de salud y el mercado producen formas de control sobre todos los cuerpos sexuados, que en perspectiva interseccional encarnan diversas identidades de género y orientaciones sexuales, así como

edades que establecen los límites entre lo permitido y lo prohibido. Ello da lugar a una biopolítica que resulta útil tanto para los fines económicos del neoliberalismo como para los objetivos políticos del neoconservadurismo, ya que ambos se sostienen en un orden de género heteropatriarcal.

#### LA DESNATURALIZACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y LA DESESCENCIALIZACIÓN DEL GÉNERO

Si a esta discusión se trae lo expuesto en la Introducción sobre el proceso de secularización y el proyecto de autonomía social que enmarca, se puede plantear que el panorama mostrado por las distintas voces que componen esta obra revela que aún resta un trayecto considerable para que la sociedad se piense a sí misma fuera de las prácticas, representaciones y saberes que le imponen las instituciones que estructuran el orden social y de género.

Por ello, para avanzar en el reconocimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los actores que conforman el campo médico (desde quienes diseñan las políticas de salud hasta el personal que las implementa en los espacios sanitarios), un paso fundamental consiste en emprender una ruptura con la naturalización de la sexualidad y esencialización del género.

Ello permitiría generar otras posiciones frente a la autonomía reproductiva, el ejercicio de la sexualidad de manera independiente de la reproducción, la no discriminación por decisiones sexuales, al igual que el acceso a la educación sexual y a servicios médicos de calidad.

Asimismo, el orden de género heteropatriarcal se emplaza en un conjunto de mandatos, roles y estereotipos que por lo regular constituyen un referente fundamental para la socialización de género que forma parte del proceso de construcción de la identidad.

Las transgresiones a dicho orden que hombres y mujeres viven desde las diferencias y desigualdades que encarnan, acarrearán un alto costo para la salud emocional, la cual (como lo han mostrado los capítulos que conforman la última parte de este libro) articula un

importante espacio en el campo médico para repensar y cuestionar el orden de género.

#### EL LUGAR DE LA EXPERIENCIA ENCARNADA

La construcción de las identidades femeninas y masculinas en intersección con distintas orientaciones sexuales (heterosexuales, homosexuales, bisexuales) ha revelado la centralidad de la experiencia como una categoría imprescindible para analizar las desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Al igual que para repensar la deconstrucción de un orden de género.

Por ello, en el campo médico resulta fundamental reconocer el lugar que ocupan tanto las experiencias encarnadas como las emociones para generar nuevos saberes, representaciones y políticas de salud desde este espacio.

El presente libro se enfocó en analizar aquellas disputas orientadas a conservar formas de capital específico para imponer esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación sobre el género y la sexualidad.

Sin embargo, resulta fundamental reconocer el papel que cumple la experiencia subjetiva del cuerpo y de las emociones para la formación de nuevas perspectivas en los actores que conforman el campo médico. Desde otras posiciones en dicho espacio, se trata de que busquen la transformación de las pautas dominantes que lo constituyen, mediante otros referentes para la producción del conocimiento, al igual que desde prácticas médicas distintas.

De tal manera, el presente libro constituye una invitación para continuar analizando las formas de control que se ejercen sobre los cuerpos sexuados, a partir de una perspectiva interseccional, en campos que se componen por capitales científicos, saberes legitimados, pero que — pese a ello — mantienen lógicas de interacción con un orden de género heteropatriarcal. Como lo señaló Anne Fausto-Sterling (2006: 23): “Para cambiar la política del cuerpo, hay que cambiar la política de la ciencia misma”.

BIBLIOGRAFÍA

Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Editorial Melusina.





## Sobre las autoras y autores

*Karina Bárcenas Barajas* es doctora en Ciencias Sociales con Especialidad en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Occidente. Se desempeña como investigadora asociada en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Sus líneas de investigación son religión, diversidad sexual y cultura política; identidades, género y movimientos sociales; construcción social del género y la sexualidad.

*Roberto Castro* es doctor en Sociología Médica por la Universidad de Toronto. Se desempeña como investigador titular en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores, nivel III; a la Academia Mexicana de Ciencias; así como a la Academia de Ciencias Sociales y Humanidades del Estado de Morelos. Sus líneas de investigación son violencia contra mujeres; violación de derechos reproductivos en instituciones de salud; génesis y práctica del habitus médico autoritario; sociología de la experiencia subjetiva de la salud y los padecimientos.

*Armando Javier Díaz Camarena* es doctor en Ciencias Sociales con especialidad en Sociología por El Colegio de México. Se desempeña como profesor en el Tecnológico de Monterrey. Sus líneas de investigación se sitúan en la convergencia de los derechos sexuales y el Estado laico. Es autor de guías y manuales para educadores sobre diversidad sexual, educación de la sexualidad, género, prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual, promoción y defensa de personas con VIH.

*Ana Paulina Gutiérrez Martínez* es doctora en Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México. Se desempeña como profesora investigadora del Centro de Estudios Sociológicos y del Programa Interdisciplinario de Estudios de Género de esta misma institución. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Sus líneas de investigación: sociabilidades, narrativas autobiográficas y procesos de configuración de las identidades de género; redes sociodigitales y género; etnografía y métodos cualitativos.

*Mauricio List Reyes* es doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Se desempeña como profesor investigador en el Colegio de Antropología Social de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II. Sus líneas de investigación son cuerpo, masculinidad e identidad *gay*. Desde 2003 coordina el Congreso Internacional de Ciencias, Artes y Humanidades “El cuerpo descifrado”. Es miembro del Comité Técnico Académico de la Red Temática de Estudios Transdisciplinarios del Cuerpo y las Corporalidades.

*Ignacio Lozano Verduzco* es doctor en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México y profesor de tiempo completo en la Universidad Pedagógica Nacional. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Sus líneas de investigación se

centran en el estigma, la discriminación, así como sus efectos sobre la subjetividad y la salud, específicamente la discriminación por orientación sexual y su impacto en las identidades lésbico, *gay*, bisexual y trans. Colabora con organizaciones de base y sin fines de lucro dedicadas a la educación en derechos humanos y sexualidad en comunidades marginadas.

*Carolina Peláez González* es doctora en Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México. Se desempeña como profesora-investigadora en el Departamento de Relaciones Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Sus líneas de investigación se sitúan en la convergencia de los estudios de género y trabajo, sociología de las emociones y los sentidos.

*Erika Pérez Domínguez* es doctora en Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México. Actualmente es asistente de investigación en un proyecto del Programa Universitario de Estudios Sobre Democracia, Justicia y Sociedad de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sus líneas de investigación son género, sexualidad, jóvenes, culturas digitales y salud.

*Tania Esmeralda Rocha Sánchez* es doctora en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Se desempeña como profesora-investigadora titular de la Facultad de Psicología de esta misma institución. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Sus líneas de investigación: mujeres y autonomía; género y salud; diversidad sexual y discriminación, familias diversas y crianza. Ha sido acreedora al Premio “Ciudad Capital” del Gobierno de la CDMX (2012), la Distinción Universidad Nacional en Docencia en Ciencias Sociales y la Distinción Universidad Nacional en el área de Investigación en Ciencias Sociales (2017).



*Género y sexualidad en disputa*  
*Desigualdades en el derecho a decidir*  
*sobre el propio cuerpo desde el campo médico*

editado por el Instituto de Investigaciones Sociales  
de la Universidad Nacional Autónoma de México,  
se terminó de imprimir en abril de 2021 en  
los talleres de Impresos Vacha, José María Roa Bárcenas No. 88,  
Col. Obrera, 06800, Ciudad de México.

La composición tipográfica se hizo en  
TheSerif 10.5/15, 9.5/15; TheSans 8/11.  
La edición en offset consta de 500 ejemplares en  
papel ahuesado de 90 grs.

