

I Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 1985.

Comportamiento reproductivo y aborto provocado en mujeres de sectores populares.

Mónica Weisner.

Cita:

Mónica Weisner (1985). *Comportamiento reproductivo y aborto provocado en mujeres de sectores populares. I Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/i.congreso.chileno.de.antropologia/9>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ektb/Poz>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO Y ABORTO PROVOCADO EN MUJERES DE SECTORES POPULARES

Mónica Weisner

En Chile, el aborto provocado sin indicación médica es un problema de tal frecuencia que la parte observable -la que se registra oficialmente en los centros asistenciales a los que ingresan sólo los casos con complicaciones secundarias del aborto- representa apenas una ínfima proporción del total efectivo, y ello debido al temor a las sanciones legales, morales y sociales que supone.

Según numerosos investigadores, por cada hospitalización por aborto complicado hay dos abortos más de los cuales nada se sabe (Viel, 1975). Berg señala una incidencia de 120.000 a 150.000 abortos provocados anuales en todo Chile, lo que comparado con los 300.000 nacidos vivos equivale a un aborto por cada dos partos (Berg, 1978). Esto arrojaría para el país un total de 1.200.000 a 1.500.000 abortos en los últimos diez años. Asimismo, el aborto ilegal es la principal causa de muerte materna en Chile ya que, como el método de inducción es primitivo, peligroso y séptico, la mortalidad es cuatro veces mayor que la de un embarazo de término (Requena, 1966).

Dada la gravedad del problema, Chile ha sido uno de los países que más ha publicado sobre aborto, principalmente en el decenio de 1960 -pero las investigaciones efectuadas por médicos salubristas en su mayoría, se centraron en los aspectos epidemiológicos del aborto. El fin era hacer un perfil socioeconómico de la mujer que abortaba en el país, con el objeto de programar para ella una medicina preventiva, es decir, proporcionarle métodos de anticoncepción. Sin excepción, los autores de esos trabajos reconocen que se han descuidado casi por completo los factores socioculturales y psicológicos que podrían influir en la provocación del aborto y enfatizan la urgencia de conocerlos.

Para intentar la interpretación de los complejos mecanismos que afectan a la reproducción humana, se han desarrollado en ciencias sociales y de la conducta, varios modelos analíticos. Estos varían desde el simple modelo funcionalista de las 11 "variables intermedias" de Davis y Blake, pasando por reformulaciones del mismo (Freedman, 1967), y por modelos sociológicos de orientación netamente demográfica (Westoff y cols., 1953; Hill, Back y Stycos, 1959; Ryder, 1967; Carleton, 1970). También existen modelos teóricos que enfatizan aspectos psicosociales y aún otros con énfasis

fasis psicológico individual (Chung y Palmore, 1972; Namboodiri, 1972; Chamie, 1978), todos los cuales desatienden en mayor o menor grado la influencia de factores macroestructurales y culturales en el comportamiento reproductivo.

Por tal motivo, nosotros hemos empleado, en cambio, un marco teórico en el cual las variables históricas, socioeconómicas, culturales, psicosociales y biológicas operan en modo dinámico en el comportamiento reproductivo. En este contexto, se destacan dos aspectos complementarios: 1º, Las Metas de la fecundidad, es decir, la orientación hacia el tamaño de la familia , y 2º los Medios para lograr esa fecundidad, es decir, las prácticas anticonceptivas y el aborto (CELADE, 1974).

De acuerdo a esto, en líneas generales señalamos que para estudiar la fecundidad de uno o más sectores poblacionales, se debe comenzar por el análisis de la estructura socioeconómica del país al cual aquellos sectores pertenecen (el sistema económico imperante, la organización política, social, jurídica, el sistema educacional, de salud, las leyes sociales). Cada sistema socioeconómico concreto tiene sus leyes históricas propias, que influyen sobre la dinámica demográfica. A continuación es necesario analizar la estructura familiar en cuyo seno se regula el intercambio sexual -y su organización, para definir las funciones que cumple y el sistema de roles que organiza la actividad e interacción de sus miembros. La forma específica en que la población se inserta en tal o cual sistema económico condiciona formas específicas de organización social y de familias. Por ello es que se debe investigar principalmente la forma en que esta familia se encuentra articulada a la sociedad: su inserción en la macroestructura económica condicionará, en gran medida, el número de hijos que sea más conveniente para ella, es decir, las metas de la fecundidad hacia una familia grande o pequeña.

Existen además otros importantes factores coparticipantes: de modo global, deben considerarse los factores culturales generales -a nivel macro- aquellos que por tradición e historia coinciden en cierta medida con sectores sociales amplios y heterogéneos, permeando a la cultura en su conjunto (p. ej. la tradición religiosa católica pone ciertos marcos de acción al comportamiento reproductivo del país). Los factores socio-culturales específicos: se refieren a los valores, actitudes, creencias y normas culturales, especialmente respecto al comportamiento reproductivo de sectores determinados -por ejemplo, el tamaño de la familia, valoración del sexo de los hijos, roles y funciones que cumplen los hijos (que en ciertos sectores forman parte del activo económico de los padres) y los demás miembros de la familia. Se incluyen aquí otros aspectos, como la discriminación de la mujer en sociedades patriarcales, la que se encuentra avalada culturalmente.

Es así que todos estos aspectos, aquí necesariamente simplificados por razones de espacio, configuran las Metas de la fecundidad o la orientación del tamaño de la familia. De acuerdo a estas metas, supongamos que estamos ante un sector con metas de fecundidad orientadas hacia una familia pequeña. Será necesario, a continuación, abocarse a la otra parte importante del análisis: los Medios para el control del comportamiento reproductivo. Debe existir correspondencia entre las Metas de la fecundidad y los Medios para alcanzarlas. De nada servirá desear planificar el número de hijos que se desea tener, si se produce una incongruencia con los medios para lograrlo, que es precisamente lo que ha sucedido en los sectores en que hemos trabajado como se desprenderá en el presente estudio.

A continuación se exponen los tres factores que influyen sobre los Medios para controlar el comportamiento reproductivo:

1. Factores de Motivación: se encuentran aquí los factores culturales expresados a nivel de cogniciones que crean una actitud favorable o desfavorable, activa o pasiva hacia el control del comportamiento reproductivo. Estos factores motivacionales de índole cultural condicionan la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos y el aborto provocado. Se incluyen aquí las cogniciones con respecto al uso mismo de la anticoncepción y pueden ser barreras culturales tanto de la mujer como del hombre (p. ej. resistencia del hombre al uso de anticonceptivos por parte de su mujer, por temor a la infidelidad de ella, debido a una hipervaloración de la masculinidad o "machismo"). Otros factores dicen relación con creencias sobre la salud (p.ej. con los dispositivos intrauterinos se puede "contraer" cáncer).

2. Factores de Capacitación: son aquellos relacionados con la información sobre la existencia de métodos anticonceptivos y sobre los requisitos que se necesitan para solicitarlos y utilizarlos, y con el adiestramiento y aptitud de las personas para su uso.

3. Factores de Facilitación: tiene que ver con el desarrollo de la tecnología de los métodos anticonceptivos y con la disponibilidad y acceso a esa tecnología. Estos aspectos competen a las instituciones y organismos estatales y privados, encargados de los programas de control de la natalidad; están estrechamente vinculados con las políticas de población de los gobiernos.

Como se desprende del modelo recién expuesto, el comportamiento reproductivo humano es un fenómeno multicausal de gran complejidad, en el cual participan diversos factores con distinta gravitación, todos los cuales deben ser debidamente tomados en consideración al intentar su análisis.

Al interés profesional derivado de la necesidad de suplir la falta de antecedentes que hemos mencionado antes, se suma el de saber que -aunque la reproducción es uno de los procesos biológicos que la pareja puede modificar casi a voluntad- esta capacidad no es ejercida cabalmente. Por el contrario, resulta que es en lo relativo a su función de reproducción donde se manifiesta en todo su dramatismo la doble discriminación -de clase y de género- a que está sometida la mujer de sectores populares.

Todo lo anterior nos motivó a profundizar en esta realidad. Es así como efectuamos tres investigaciones diferentes, cuyos resultados se presentan a continuación. Finalizaremos este trabajo discutiendo los posibles aportes metodológicos, teóricos y aplicados que puedan derivarse de ellas.

Hace ya 8 años, fui invitada a la primera investigación por el equipo interdisciplinario de un Servicio y Cátedra de Medicina de la Universidad de Chile, que estaba en antecedentes de mi interés por la condición de la mujer y de mi vínculo con el área de la Antropología Médica. Con estos médicos psiquiatras, gineco-obstetras, matronas, asistente social, psicólogas, logramos reunir con gran esfuerzo -de entre las 500 pacientes registradas por aborto el año anterior en ese centro- solamente a 32 mujeres que no habían dado domicilios falsos. Si bien en aquel estudio se dio énfasis a las secuelas psicosociales del aborto, constituyó un aporte valioso para despejar algunas dudas metodológicas y para detectar ciertos factores socioculturales que parecían influir en el aborto provocado, y que no habían sido abordados ni en el país ni en otras partes (1).

Por tal motivo, al realizar mi tesis de grado, me propuse explorar si existen factores socioculturales determinantes, tanto en lo que respecta al conocimiento del proceso reproductivo, como al control de ese proceso, que hagan que la mujer se embarace sin desearlo con su consecuente conducta abortiva. Asimismo, se intentó aclarar si la práctica del aborto obedece a una preferencia de la mujer por alguna forma de controlar la natalidad, o si constituye una práctica subsidiaria, ya sea por falla de los métodos anticonceptivos o uso inadecuado y asistemático de ellos. Por último, se pretendió averiguar los factores socioculturales que "legitiman" o no la conducta abortiva en la mujer.

Las dificultades presentadas en la primera investigación nos habían hecho aún más evidente que -el hecho que el aborto provocado constituya en nuestra sociedad no sólo un acto sancionado social, moral y religiosamente, sino un delito castigado en el Código Penal Chileno con penas de 1 1/2 a 3 años de prisión para la persona que practica el aborto y de 3 a 5 años de cárcel para la mujer que lo solicita o se lo autoinduce- planteaba serias dificultades para quien pretendiera obtener información sistemática fide-

digna. Teniendo esto presente, en esta segunda investigación de carácter exploratorio, decidimos trabajar en el lugar mismo donde deben acudir las mujeres por complicaciones derivadas de sus maniobras abortivas: la Unidad Séptica de una Maternidad de Santiago, con una muestra de 40 mujeres que reconocieran haberse practicado abortos. Si bien esto eliminó un escollo metodológico importante, significó enfrentarse durante meses a las extremas dificultades impuestas por lo conflictivo del tema y por las precarias condiciones hospitalarias de la Sección de Infecciosas. Nos referimos a un contexto marcado por el hacinamiento, con interferencias permanentes debido a los horarios de medicación, curaciones y rondas médicas, en que la salud emocional y física de las pacientes -con estados de postración, cuadros febriles por infecciones y hemorragias- a menudo se agravaba, determinando en ocasiones la muerte de nuestras entrevistadas.

En esta investigación se empleó un enfoque cualitativo, con técnicas intensivas como la historia de vida, utilizando un test de imagen corporal para averiguar el grado de conocimiento sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor y también una prueba construida para medir los conocimientos de las mujeres respecto al ciclo fértil.

Finalizado este estudio exploratorio, obtuvimos interesantes hallazgos acerca de varios factores socioculturales que influyeron poderosamente en la provocación del aborto. No obstante, nuestro propósito final era el de aportar elementos que sirvieran para la implementación de políticas educacionales y de salud en materia de reproducción humana, que elevaran el nivel de vida de mujeres de sectores populares y sus familias. En aquella oportunidad, las conclusiones se obtuvieron de una muestra estadísticamente poco representativa como para que los canales de Salud, de Educación y otros medios los consideraran significativos y válidos para la implementación de dichos programas a nivel amplio.

La Metodología: Por los motivos recién expuestos, sobre la base de los antecedentes obtenidos en aquel estudio, efectuamos con posterioridad, en 1984-1985, una tercera investigación -esta vez con un acercamiento cuantitativo, empleando técnicas extensivas, en este caso una entrevista semi-estandarizada. Investigamos en 2 de los 6 Servicios de Salud que existen en la Región Metropolitana y en un Servicio de Salud de Valparaíso. Durante un período de 6 meses trabajamos con una muestra de 357 mujeres, que representaba la casi totalidad de aquellas ingresadas por aborto en esos Servicios y que reconocieran prácticas abortivas.

Los resultados de la investigación finalizada en 1985 coinciden en forma tan amplia con los principales aspectos descubiertos en el estudio exploratorio, que en esta oportunidad nos referiremos a la información más reciente, que permite además la validación estadística de la investigación original (2).

La Muestra: Las 357 mujeres que la constituyen pertenecen al estrato socioeconómico bajo (3) en que la mujer jefe de familia o el jefe de familia tienen ingresos bajos o inestables, derivados de ocupaciones que exigen escasa calificación. La muestra se compone principalmente de mujeres entre los 16 y los 34 años, solteras en el 60% de los casos (10% separadas y viudas). Solamente el 30% es casada o conviviente. En el momento del actual embarazo, el 70% de ellas vivía sin su pareja. Son de origen urbano, habiendo transcurrido gran parte de sus vidas en la ciudad. 3/4 de la muestra ha cursado la educación secundaria, pero de éstas sólo el 20% la finalizó; el 1/4 restante cursó hasta 6º año básico. La mitad de las entrevistadas no trabaja en ocupaciones rentables y la otra que posee trabajo remunerado, lo hace prestando servicios (asesoras del hogar), en el PEM o como vendedoras; esto coincide con que el 60% no tiene previsión social de ningún tipo. Declaran ser católicas, con visitas quincenales a la Iglesia. Viven en casas deficientes en general, varias de ellas como "allegadas" o en el lugar del trabajo.

Resultados: A continuación exponemos los principales resultados y conclusiones alcanzadas: el aborto inducido es el acto final de un largo y difícil proceso que se inicia con un embarazo no deseado. Antes de analizar los motivos por los cuales se produce este embarazo no planificado, señalaremos brevemente las causas principales que llevan a la interrupción de este embarazo:

El 50% de las entrevistadas se distribuye entre aquellas mujeres solteras que deciden abortar debido al abandono de su pareja y aquellas solteras que viven con sus padres y temen a la sanción familiar.

Un poco diferente es el caso del 15% de mujeres también solteras, que además de la sanción social, temen principalmente perder el trabajo si tienen un hijo; se encuentra aquí una proporción importante de empleadas domésticas.

El 30% constituido por las mujeres casadas de la muestra, con hijos y con graves problemas de sobrevivencia, ha decidido abortar aduciendo exclusivamente motivos económicos.

El 5% restante está compuesto por mujeres que interrumpen el embarazo por problemas afectivos o por enfermedad.

Causas del embarazo no planificado en mujeres que no desean tener hijos: Corresponde ahora responder a una pregunta decisiva: ¿Por qué estas mujeres tan fuertemente motivadas para no tener hijos -por las razones re-

cién expuestas- se embarazaron sin planificarlo? Los descubrimientos más importantes que responden a esta interrogante, demuestran que este embarazo no deseado se originó en la dramática asociación de dos hechos principales:

1º En el absoluto desconocimiento del propio ciclo fértil, que caracteriza a las mujeres de la muestra, unido a que,

2º Las entrevistadas no emplean la anticoncepción moderna, o lo hacen en una ínfima proporción.

Nos detendremos brevemente en ambos aspectos:

1º Existe un total desconocimiento del ciclo reproductivo por parte de las entrevistadas, quienes aplican un cuerpo de creencias absolutamente reñido con la realidad biológica. Concretamente creen que los días del sangramiento menstrual, los días inmediatamente anteriores y los posteriores, constituyen el período fértil en que la mujer quedaría embarazada si mantiene relaciones sexuales. Por ello no creen poder quedar grávidas justamente en los días de máxima fertilidad.

Esta creencia no es aislada ni aleatoria, sino que forma parte de una categoría más amplia que incluye todas las nociones y comportamientos asociados a la menstruación: para las entrevistadas este proceso tiene una finalidad reproductora; tendría un efecto mecánico sobre el útero, el cual se "abriría" durante el período menstrual, posibilitando así la entrada del espermio; el resto del mes este órgano permanecería "cerrado". El hombre representa un papel más activo en el proceso mecánico de la fecundación, siendo él quien aportaría el elemento único que genera una nueva vida. La mujer percibe su papel como pasivo y a su organismo como albergue o receptáculo donde anidará el nuevo ser.

Otras connotaciones culturales que la menstruación tiene para las entrevistadas, es la de eliminar impurezas, respondiendo más bien a factores mágicos, asociados a la inhibición de su conducta cotidiana (restricciones relativas al manejo e higiene corporal, a la manipulación de determinados alimentos, etc.).

Las consecuencias de las creencias erradas del período fértil tienen una importancia enorme en el comportamiento reproductivo y en gran medida son responsables de embarazos no planificados que culminarán en un aborto provocado. Sin embargo, estas nociones constituyen sólo una parte de un con-

junto de ideas y creencias que configuran un sistema estructuralmente coherente -aunque totalmente errado desde el punto de vista científico- referido al gran tema de la reproducción humana.

Es así como las entrevistadas poseen una percepción incompleta de su propio cuerpo, además del proceso de fecundación. Creen también en un desarrollo fetal diferencial en que atribuyen una formación cronológica más temprana al feto de sexo masculino y más tardía al feto de sexo femenino, argumentando -no razones de índole fisiológica- sino que características de los roles adscritos a ambos sexos en nuestra sociedad ("la mujercita es más lenta, tranquila y débil", "el hombrecito es más fuerte y rápido"). Para ellas existen, además, claros signos diferenciales en el embarazo según sea el sexo de la criatura que esperan. También se refieren a la sintomatología de sus parejas en relación con el embarazo de ellas (que hemos denominado "pseudocouvade").

Todo este conjunto de nociones y conceptos erróneos es recurrente, y constituye parte de la estructura ideológica del comportamiento reproductivo en general y del aborto en particular. Ha sido transmitido por agentes socializadores por medio de la tradición oral y ocupa el lugar que debiera tener un conocimiento científico fundado, sobre materias esenciales de la reproducción humana. La razón es relativamente simple: aspectos como la explicación de los días en que una mujer es fértil y varios otros que aquí hemos mencionado, no se incluyen en los programas de educación del país. La enseñanza ni siquiera en el ciclo secundario resultó ser un vehículo eficaz para proporcionar estos conocimientos sobre la reproducción a nuestras entrevistadas.

Al respecto, Shedlin señala que las percepciones de la estructura y del funcionamiento del cuerpo son un reflejo de categorías cognitivas culturalmente determinadas. En los países en desarrollo, donde la educación e información en estas materias no ha llegado a todos los sectores, la interpretación del cuerpo y sus procesos está basada en creencias populares. Estas creencias que son a la vez causa y efecto del entorno individual y cultural contienen a veces ideas distorsionadas y erradas de las estructuras y funciones de éste (Shedlin, 1979: 396).

Por otro lado, en el proceso de socialización intervienen factores socio-culturales históricos, como la ideología machista-marianista. Tanto hombres como mujeres se identifican primero con su papel sexual; la socialización es de complementación y diferenciación sexual, no sólo desde el nacimiento, como se pensaba hasta ahora, sino que esta diferenciación de roles sexuales es adscrita por nuestras entrevistadas, como hemos señalado anteriormente, incluso desde la etapa fetal.

2º Comportamiento anticonceptivo de las mujeres que abortan: Como ya hemos mencionado, el segundo factor asociado al desconocimiento del ciclo fértil que origina este embarazo no planificado, es que estas mujeres no emplean la anticoncepción moderna o lo hacen en una ínfima proporción. En su reemplazo, como forma preventiva de embarazo, muchas de ellas utilizan un equivocado método del "Calendario" basado precisamente en sus nociones erróneas del ciclo fértil. Ello conduce a la continencia y a la interacción sexual justamente en los períodos inadecuados en relación a su motivación de no tener hijos. La asociación de estos dos hechos es la causa penosamente eficiente del embarazo no planificado entre estas mujeres. Si operara uno de estos fenómenos sin el otro, el resultado sería diferente: es decir, si ellas desconocieran el período fértil pero emplearan sistemáticamente la anticoncepción moderna, probablemente no se habrían embarazado. Si, por el contrario, conocieran correctamente su ciclo fértil y utilizaran métodos naturales, no se embarazarían con la elevada frecuencia con que lo hacen.

Es así como un porcentaje muy elevado de la muestra no empleó la anticoncepción moderna: el 74% de las entrevistas en el Servicio de Salud que cubre a la población del área Sur-Oriente de la Región Metropolitana; el 65% de aquellas del área Oriente de la Región Metropolitana y el 57% de las de Valparaíso.

El fenómeno se explica aún más si consideramos que el 25% de mujeres que sí eran usuarias de métodos anticonceptivos modernos en el área Sur-Oriente, el 35% del área Oriente y el 43% de Valparaíso, no utilizaba, sin embargo, estos métodos de modo sistemático. Es así como casi la totalidad de usuarias de anovulatorios orales y de gestágenos inyectables se olvidaron de tomarlos o de colocárselos, o no tuvieron dinero para comprarlos. En el caso de los dispositivos intrauterinos, éstos fallaron sin que las pocas usuarias de estos métodos tuvieran alguna ingerencia en tal fracaso. Por tales razones, la proporción de mujeres que en rigor no empleaba ningún método anticonceptivo moderno en el momento de producirse el actual embarazo que finalizó en un aborto provocado, es del 87,2% en el área Oriente, del 81,4% en el área Sur-Oriente y del 83,5% en Valparaíso.

A continuación nos detendremos brevemente en las causas que incidieron en tal rechazo o uso asistemático de las prácticas anticonceptivas. Tal como se indicó en el modelo analítico que empleamos para interpretar los mecanismos que afectan a la reproducción humana, son tres los factores coparticipantes que influyen sobre los medios para un comportamiento reproductivo controlado:

1.- Los Factores de Motivación -aquellos factores culturales expresados a nivel de cogniciones- crearon una actitud desfavorable y/o pasiva hacia el control del comportamiento reproductivo, condicionando el rechazo de los métodos modernos. Para las entrevistadas se trató principalmente de barreras de índole cultural, como por ejemplo: consideran a los métodos anticonceptivos como inhibidores de la libido; hay una resistencia femenina a la colocación de los dispositivos intrauterinos que implican la manipulación de sus genitales en los días del sangramiento menstrual, por personal médico de sexo masculino. Los cónyuges de algunas entrevistadas temían la infidelidad de ellas si era usuarias de algún método anticonceptivo, etc. Encontramos muy difundida la creencia de que si las relaciones sexuales son esporádicas, no se produce el embarazo.

Entre los factores motivacionales encontramos también juicios prácticos relativos a la salud y enfermedad que ellas asociaron a cada método en particular: el temor a "contraer" un cáncer con los dispositivos intrauterinos, o bien que se "incrusten" o "encarnen" ya sea en los órganos de la mujer, o -al no haber evitado la concepción- en el cuerpo del feto. A los anticonceptivos orales asocian dolencias tan diversas como frigidez, alergias, odontalgias o severos trastornos psicológicos.

A estas barreras que presentan los métodos anticonceptivos y a los problemas reales que causan, se agregan fenómenos como el "síndrome de chivo expiatorio", constituido por síntomas adversos atribuidos a los métodos anticonceptivos y que no tienen relación alguna como no sea psicológica.

2.- Con respecto a los factores de Capacitación -aquellos relacionados con la información sobre la existencia de los métodos anticonceptivos, sobre los requisitos para solicitarlos y utilizarlos, y con el adiestramiento y aptitud de las personas para su uso- nuestras entrevistadas creyeron que era necesario cumplir ciertos requisitos para solicitar métodos anticonceptivos en los centros asistenciales, como estar casada, o tener cierto número de hijos o estar afecta a algún sistema previsional, etc.

Como señalamos anteriormente, debido a los factores de motivación, un porcentaje importante de entrevistadas se resistió a emplear anticoncepción moderna, usando, en cambio, un equivocado método natural del "Calendario" (ritmo, Ogino), porque nadie les informó ni adiestró correctamente en su uso, a nivel de capacitación.

3.- A los dos factores recién expuestos debemos sumar las trabas y dificultades que enfrentaron nuestras entrevistadas a nivel de factores de Facilitación -es decir, aquellos que tienen que ver con la disponibilidad y acceso a los métodos anticonceptivos y que están directamente vinculados con las políticas de población de los gobiernos.

En Chile, en la actualidad existe una política en que se favorece el aumento de la población por razones de seguridad nacional, argumentando que se estaría produciendo un descenso alarmante de la natalidad. Por tal motivo, la amplia educación en materia de anticoncepción y la extensa cobertura de la misma que caracterizó al país desde el decenio de 1960 -precisamente como modo de prevenir y atajar el número alarmante de abortos inducidos -perdió impulso y se está frenando en los últimos años. En el caso de nuestras entrevistadas esto se tradujo en el no uso de anticoncepción.

Debido a la conjugación de estos tres factores, en todos los casos de la muestra se produjo un embarazo el cual -por no ser planificado ni deseado- las hace decidir abortar.

Proceso del aborto provocado: Tanto en la decisión de abortar como en el momento para efectuarlo, influyen en las entrevistadas ciertas cogniciones culturalmente pautadas: son el concepto que ellas poseen de la fase en que se inicia la vida intrauterina y del estado que tiene el producto de la fecundación antes de atribuirle vida.

El único trabajo transcultural que existe sobre aborto es el de Devereux (1967) quien recopila antecedentes de 350 sociedades preindustriales, concluyendo que existen grados de embarazo legal, ritual y culturalmente reconocidos, los que tienen una larga y dispersa historia etnográfica. Por su parte Nag, un antropólogo especialista en asuntos de población dice que: "el concepto de la fase en que el feto está imbuido de vida varía culturalmente. El grado de aprobación o desaprobación del aborto provocado dependerá parcialmente de este concepto" (Nag, 1977:45).

Entre las variables principales que se descubrieron en nuestros trabajos, está aquella que alude al concepto de comienzo de la vida. Para el 70% de la muestra, la definición del inicio de la vida no corresponde al momento de la fecundación, sino que generalmente se la ubica entre el primer y tercer mes de embarazo. El estado que tiene antes de atribuirle vida, es una formación sanguínea: una "bolita o un huevito de sangre". Esta creencia está ampliamente difundida entre las entrevistadas; es una justificación culturalmente pautada y sirve de concepto afianzador y potenciador en la determinación de un aborto, permitiéndoles "legitimar" sus

acciones abortivas realizándolas antes del momento en que definen que el feto tiene vida. Esto se evidencia en las declaraciones de una entrevistada que representan con bastante fidelidad lo señalado por las restantes:

"A los tres meses tiene vida, antes es un huevito de sangre no más, por eso conviene hacerse remedio antes que tenga vida. Después de los 3 meses empieza a latir y se va formando. A los 4 meses ya es un feto y empiezan a aparecerle bracitos, piernitas, cabecita y corazón. A los 5 meses ya está formado, pero en miniatura. Después crece hasta que nace a los 9 meses".

Inés, 25 años, dos hijos, 8º año básico.

Apoyadas por estos conceptos, las mujeres inician lo que hemos denominado el proceso abortivo. Las etapas de este proceso se desarrollan en una secuencia rigurosamente similar entre las mujeres de la muestra.

En la primera etapa, emplean acciones abortivas menores basadas en el uso de una etnofarmacopea que creen capaz de inducir abortos, utilizando determinados elementos que son siempre los mismos: ingieren yerbas y fármacos asociados a bebidas alcohólicas; también elementos tóxicos como agua de cemento, lejía, azul de lavar y otros. Concedemos gran importancia a la tradición oral para la transmisión de dichos remedios populares, usados de modo recurrente por nuestras entrevistadas. Como apoyo a tal aseveración, manifestamos que varios de estos remedios han sido ubicados por nosotros en la escasa literatura que existe sobre estas materias. Estos se remontan a tiempos tan lejanos como el siglo 2º d. del p. en el Cercano Oriente, otros al siglo 15 d. del p. en Alemania (Hovorka y Kronfeld, 1808), y aún otros son utilizados en la actualidad por las mujeres Yoruba, en un lugar tan alejado de nosotros como es Nigeria (Acsádi, 1976: 155 . Se trata del azul de lavar empleado como abortivo en Chile y Nigeria). Algunos de estos procedimientos son ubicados por Himes en un lapso histórico tan espectacular como 30 siglos; al respecto señala: "las prácticas abortivas y anticonceptivas populares son autoperpetuantes a través de los siglos, por medio de la tradición oral y reciben poca influencia de los conocimientos más acabados de la medicina". El rescate de este tipo de material es difícil, ya que no ha sido registrado por escrito debido a la privacidad con que se transmiten de mujer a mujer estos temas tabúes (Himes, 1963: 184).

Un aspecto que debe destacarse es la poderosa influencia que estas acciones abortivas menores tienen en la determinación final del aborto. Aunque éstas han tenido escasa o nula eficacia en la provocación de un aborto entre las entrevistadas, su uso tiene gran importancia en la prosecución

del proceso: según etnoconocimientos de farmacopea y embriología de ellas, el utilizarlos torna irreversible la resolución final pues una vez empleado el feto sufrirá malformaciones orgánicas insuperables.

En la segunda etapa recurren a la introducción uterina traumática de ciertos elementos, lo que suele exigir la colaboración de otras personas (generalmente una "abortera"). Habitualmente se emplea la técnica de la sonda (introducción de un catéter de goma en el útero) o del lavado endouterino. En ocasiones se acude a acciones más traumáticas aún, como es la introducción en el útero de alambres, tallos filosos, escobillas dentales, etc. A raíz de estas maniobras practicadas por personas inexpertas y en malas condiciones de asepsia las entrevistadas presentaron graves complicaciones del aborto.

El empleo de estas maniobras obedece fundamentalmente a razones económicas, ya que las mujeres conocen de técnicas más asépticas y menos traumáticas y peligrosas como es el curetaje o raspaje practicado en forma clandestina por personal médico y paramédico. Pero ninguna de ellas tuvo el dinero para pagar estas intervenciones, que por ser caras, quedaron totalmente fuera de su alcance. Como única solución, entonces, debieron emplear las maniobras traumáticas, que en la totalidad de los casos derivaron en complicaciones y en su ingreso a un centro asistencial en condiciones físicas muy precarias. Así, las infecciones, traumatismos y hemorragias secuelas de estas maniobras fueron el requisito previo indispensable para que las entrevistadas entraran -recién entonces- a la tercera y última etapa de este largo y difícil proceso, constituida por el curetaje médico efectuado en un hospital.

Posibles aportes a nivel metodológico, teórico y aplicado: Antes de finalizar con el presente trabajo, expondremos los posibles aportes en estos tres niveles que nos parece se desprenden de este conjunto de investigaciones que hemos efectuado en torno al aborto provocado.

I. Nivel Metodológico: De la experiencia derivada de las distintas etapas que constituyen estas 3 investigaciones, nos parece que se puede desprender un aporte a la discusión metodológica en ciencias sociales. Recomendamos que, cuando se investigan los factores socioculturales del aborto provocado, es imprescindible enfocar el problema con una metodología pluralista y complementaria, en que se observe la siguiente secuencia: en una primera instancia -para investigar dimensiones desconocidas y conflictivas del aborto provocado- debe emplearse un enfoque cualitativo, con técnicas intensivas (historias de vida, testimonio, estudio de casos), en una muestra pequeña. Las condiciones específicas del "rapport" en este caso son insustituibles.

Una vez obtenidos aquellos antecedentes previamente ignorados y cruciales para la comprensión del problema, se procederá al empleo de un acercamiento cuantitativo, con técnicas intensivas (entrevista estandarizadas o semi-estandarizada, encuesta), lo que permite trabajar con una muestra estadísticamente representativa.

Otro alcance de índole metodológica, es que la muestra en todos los casos debe estar constituida por mujeres que reconozcan explícitamente haberse provocado un aborto.

Una última conclusión derivada de la experiencia metodológica en terreno, es que intervienen aún otras variables además de los enfoques y técnicas recomendadas. Se trata de ciertos requisitos que idealmente debe poseer quien investiga este tema específico -entre mujeres hospitalizadas por complicaciones secuelas de un aborto inducido- que naturalmente pueden ser decisivos para la investigación. Se relaciona con el sexo, la edad o experiencia de la persona que entrevista y fundamentalmente con el rol y las actitudes que pueda atribuirle la paciente.

II. Nivel Teórico: En el aspecto teórico, nos atrevemos a señalar que, sobre la base de los descubrimientos efectuados en estas 3 investigaciones, estamos en condiciones de configurar un modelo que permite explicar y predecir el proceso del aborto provocado en mujeres chilenas de sectores populares.

En cuanto modelo, es un constructo intelectual plausible de un aspecto de la realidad, constituido por la interrelación de conceptos e hipótesis y por el establecimiento de nexos teóricamente significativos entre conceptos que expresan variables.

La descripción de este modelo -que permitirá predecir el proceso del aborto provocado- debe iniciarse con la motivación de las mujeres de no embarazarse y de los factores que influyen en el comportamiento anticonceptivo, continuar con las causas que determinan el aborto, hasta finalizar con las etapas del proceso abortivo.

La configuración de este modelo nos permite concluir exponiendo la existencia de un cuerpo de cogniciones de alta consistencia entre las ideas constituyentes unido a un conjunto de comportamientos recurrentes que explican el proceso del aborto provocado en mujeres de sectores populares.

III. Nivel Aplicado: Finalmente, creemos que los antecedentes obtenidos en estas investigaciones son potencialmente aplicables en la implementación de políticas educacionales y de salud que eleven el nivel de vida de mujeres de sectores populares y sus familias.

El aborto clandestino es siempre, aun en condiciones óptimas, un peligro para la vida de la mujer. Las consecuencias sociales, psicológicas y familiares de la muerte de las madres representa un problema tan grande y ampliamente reconocido en todos sus aspectos dramáticos que no es necesario destacarlo más. No es sólo el riesgo de muerte materna lo único digno de considerar con respecto al aborto clandestino. Debe tenerse en cuenta también el impacto psíquico y las graves secuelas orgánicas y fisiológicas que afectan a muchas mujeres que abortan; además de los gastos que ocasiona a la familia, y eventualmente la pena de cárcel para la mujer. Significa también el abandono temporal de los restantes miembros de la familia y a menudo la pérdida del trabajo, ya que la inasistencia laboral que se produce no puede ir debidamente certificada por razones obvias.

En primer lugar debemos considerar que el aborto provocado resulta de un embarazo no planificado ni deseado. Especialmente en los países en que el aborto es penado por la ley, las políticas de población de los gobiernos deben ser coherentes, tanto explícita como implícitamente con las medidas que atañen al comportamiento reproductivo de los ciudadanos.

En Chile, la política de población aprobada por el gobierno en 1979, en una de sus partes señala: "Es deseable un aumento significativo de nuestra población; sin embargo no es incumbencia del Estado el tomar medidas para lograr una disminución o aumento de la tasa de natalidad más allá de la libre decisión del grupo familiar".

Aparte de las razones que puedan aconsejar un incremento de población en momentos tan difíciles en lo económico, político y social por los cuales atraviesa el país -que afectan principalmente a los sectores populares- el meollo del asunto está en la "libre decisión" del grupo familiar. No podrá propiamente haber tal "libre decisión" si a la familia no se la instruye ampliamente sobre los medios de controlar su reproducción. Solamente en posesión de esa información y del fácil acceso a los métodos anti-conceptivos, el grupo familiar podrá elegir libremente si desea o no tener más hijos.

Si a estos factores agregamos el total desconocimiento del propio ciclo reproductivo que poseen las mujeres de sectores populares, empleado precisamente como método natural de anticoncepción, resultan embarazos no planificados ni deseados que a menudo finalizan en abortos provocados.

Por otro lado, esta política de población, aparentemente igualitaria para todas las familias del país en edad reproductora no lo es en absoluto, del momento en que existe un acceso diferencial a la planificación familiar: son las familias pobres quienes se ven más afectadas con la llegada de un nuevo hijo que implica un gran costo en términos socioeconómicos. Por el contrario, las mujeres de clases más acomodadas tienen acceso a la anticoncepción moderna en clínicas privadas y controlan de modo efectivo la natalidad, por lo cual las políticas demográficas del gobierno influyen poco en su comportamiento reproductivo. (Estas últimas en caso de producirse un embarazo no deseado, obtendrán un aborto en buenas condiciones de asepsia, con personal especializado, en clínicas privadas clandestinas).

Por todo lo anterior, en lugar de desestimularse la anticoncepción moderna se la debe difundir por medio de la educación formal y a través de campañas en los centros de salud, centros comunitarios y laborales, y por los medios de comunicación social, permitiendo el acceso en forma gratuita a las familias de sectores populares. Evidentemente, será necesaria una campaña de educación para erradicar los prejuicios mencionados en torno a estas prácticas.

De igual forma, por los mismos canales debe propenderse a resocializar a la mujer, creando en ella una conciencia sobre su cuerpo, su sexualidad y sus capacidades reproductoras, fundadas en conocimientos científicos, que la faculten para ejercer un legítimo control sobre aquellas, al permitirle percibirse en el papel activo y compartido que a ella le cabe en el comportamiento sexual y reproductor.

NOTAS

- (1) En la obtención de material bibliográfico y documental sobre estas materias agradecemos la inestimable ayuda proporcionada por el personal de la Biblioteca del Population Council en la ciudad de Nueva York y del International Institute for the Study of Human Reproduction de la Universidad de Columbia, Nueva York. En esos lugares encontramos una parte importante de la bibliografía mundial sobre el tópico, pero también parte de las publicaciones chilenas sobre aborto que no es posible encontrar en Chile.
- (2) El análisis estadístico de la información siguió los procedimientos tradicionales para este tipo de trabajo. Tras la codificación y su digitación, se realizó el procesamiento mecanizado bajo la versión del Statistical Package for the Social Sciences, 11. (SPSS 11).

- (3) El estrato socioeconómico de la muestra se basó en la Clasificación No Jerarquizada de las Ocupaciones (Sepúlveda O., 1968).

REFERENCIAS

- ACSADI, G. 1976. "Traditional Birth Control Methods in Yorubaland". En, Culture, Natalty and Family Planning. J. Marshall y S. Polgar (eds.). Carolina Population Center, Monograph 21. University of North Carolina: Chapell Hill.
- BERG, H. 1978. "Falling Mortality in Chile". En People, Vol. V (2), 15-18.
- CARLETON, R. 1970. Aspectos Metodológicos y Sociológicos de la Fecundidad Humana. Santiago de Chile: CELADE, Serie A, Nº 148.
- CELADE 1974. Políticas de Población y la Familia: El caso Latinoamericano. Santiago de Chile, Serie A Nº 124.
- CHAMIE, M.J.. 1978. Middle Eastern Marriages and Contraceptive Decisions: Toward a Socio-psychological Understanding. University of Michigan. Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy.
- CHUNG, B., J. PALMORE. 1972. Psychological Perspectives: Family Planning in Korea. Seoul: Hollym Corporation.
- DEVEREUX, G. 1976. A Study of Abortion in Primitive Societies. New York: International Universities Press.
- FREEDMANN, R. 1967. La Sociología de la Fecundidad Humana: Tendencias Actuales de la Investigación y Bibliografía. México, CELADE: El Colegio de México.
- HILL, R., K. BACK y M. STYCOS. 1959. The Family and Population Control, a Puerto Rican Experiment in Social Control. University of North Carolina: Chapell Hill.
- HIMES, E. N. 1963 (1936). Medical History of Contraception. New York: Gamut Press.
- NAG, M. 1977. "Anthropology and Population: problems and perspectives", En , Biosocial Man. London: The Eugenics Society.
- NAMBOODIRI, N. K. 1972. Some Observations on the Economic Framework for Fertility Analysis. Population Studies. Vol. XXVI, 185-206.

- REQUENA, M. 1966. El Aborto Inducido como Problema de Salud Pública. Apartado del Seminario Centroamericano y de Panamá sobre población, Desarrollo Económico y Planificación Familiar. Tegucigalpa, Honduras, 1-17.
- RYDER, B. N. 1967. The Character of Modern Fertility. The Annals, Vol. 369 31-34.
- SEPULVEDA, O. 1968. Clasificación Nacional No Jerarquizada de las Ocupaciones y Criterios para Utilizarla. Santiago de Chile, Depto. de Ciencias Sociológicas y Antropológicas. U. de Chile. Mimeografiado.
- SHEDLIN, M. G. 1979. "Assessment of Body Concepts and Belief Regarding Physiology". En, Studies in Family Planning, Vol. X. (11/12) 393-397.
- VIEL, B. 1975. "Patterns of Induced Abortion in Chile and selected other Latin American Countries". En, The Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in America Latina: Selected Report. P.A.H.O. Scientific Publication Nº 306, 1-8.
- WESTOFF, CH. 1953. "The Changing Focus of Differential Fertility: The Social Mobility Hypothesis". The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XXXI (1), 24-38.