

HISTORIAS DE VIDA Y VULNERABILIDAD: REPRESENTACIONES DE LAS MUJERES SOBRE SU SEXUALIDAD Y SUS PRÁCTICAS REPRODUCTIVAS EN UNA UPAS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Life histories and vulnerability: representations of female sexuality and reproductive practices in a UPAS (Unidad Periférica de Atención de la Salud, Peripheral Health Services Unit) of the city of Córdoba

SP/ 6

Astegiano, Cecilia¹
Calneggia, Ma.
Isabel²
Estario, Juan Carlos³

¹ Médica especialista en
Medicina Familiar y
General-UNC.

² Magister en Investigación
Cualitativa, Licenciada en
Ciencias de
la Educación. UCC

³ Director de
la Escuela
de Salud Pública UNC,
Director del postgrado de
Medicina Familiar y
General- UNC.

Resumen

Este proyecto se concreta en el marco del programa de salud sexual y reproductiva llevado a cabo por la Municipalidad de Córdoba en zonas periféricas de la ciudad.

El objeto fue analizar las representaciones de las mujeres incluidas en el programa de la UPAS 13 acerca de su sexualidad y sus prácticas reproductivas, a través de sus historias de vida.

Las mujeres se construyen en dos tiempos históricos simultáneos; modernamente, a través de una idealización del amor, la maternidad y la subordinación de género; y premodernamente, con la constitución de familias extensas y la maternidad aportadora de un status superior diferenciado.

Sus representaciones acerca de la sexualidad están asociadas al ritual de inicio de las relaciones sexuales en su adolescencia, en constante contraposición con el afecto. Se registra un cambio histórico negativo en el "modo" de iniciarse en la sexualidad. La educación específica deviene desde las prácticas culturales del grupo social, mientras que la educación formal y la de los agentes de salud, aportan información relativamente ajena.

La fragilidad social supuesta no se vive como una amenaza para la salud.

Palabras claves: practicas reproductivas, vulnerabilidad de genero, mujeres y su sexualidad.

Abstract

This research project was carried out as part of the sexual and reproductive health program for the urban periphery of the Municipal Government of Córdoba.

The aim is to analyze the life histories of the women that joined the program in the UPAS 13, in search of representations of their sexuality and reproductive practices.

Women construct their representations of self in two simultaneous historical times: in Modernity, by the idealization of love, maternity and gender subordination; in pre-Modernity, through the constitution of large families and maternity as an indicator of a higher differential status.

Their representations of sexuality are associated with the initiation rites of sexual intercourse in their adolescence, in permanent contrast to affection. A negative historical change can be detected in the mode of initiation in the field of sexuality. There is a specific education originated in the cultural practices of the social group, whereas the information provided by formal education and public health agents is perceived as relatively extraneous.

Social vulnerability is not perceived as a possible threat for health.

Key words: reproductive practices, gender vulnerability, females and their sexuality.

Introducción

... "La manera como cada uno de nosotros expresa lo que siente, piensa y actúa se va aprendiendo desde el comienzo de nuestra existencia. Es algo inseparable de nuestro modo de ser varones o mujeres, en el lugar y la época en que a cada uno le toca vivir. Por eso hablar de sexualidad humana significa mucho más que describir el aparato reproductor con que nacimos: abarca todo lo que somos y vamos construyendo a lo largo de la vida física, psíquica y social..." (Ministerio de Salud de la Nación, 2003)

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de la salud individual. El derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de éstos.

La salud sexual se define como el tener relaciones gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado. (Ministerio de Salud de la Nación, 2003)

Los programas de planificación familiar deben garantizar la libre elección del método anticonceptivo, brindando información adecuada y facilitando el acceso a los mismos.

Desde la perspectiva biosicosocial, se entiende a la salud como una construcción sociocultural propia de cada momento histórico, por lo que las nociones de salud sexual y salud reproductiva están relacionadas directamente con el desarrollo de las relaciones personales, y no solo al asesoramiento en reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

Este proyecto se concreta en el marco del programa de salud sexual y reproductiva llevado a cabo por la Municipalidad de Córdoba en zonas periféricas de la ciudad, en la UPAS 13 se inició en 2004 con la participación del equipo de salud. Los residentes de Medicina Familiar y General (UNC / Municipalidad de Córdoba) trabajan activamente en los mismos a través de su tarea profesional específica, de la educación no formal de la comunidad y de la investigación. En una primera etapa, se realizó una investigación que relevó y analizó algunos factores sociodemográficos que condicionan la utilización de los métodos anticonceptivos encontrando diferencias según el nivel educativo alcanzado y el grupo étnico.

En esta segunda instancia, interesó avanzar sobre ciertas hipótesis de trabajo relativas a estudiar los significados que la sexualidad tiene en los grupos de origen dado que se inscriben en constructos socioculturales diferentes cuyo reconocimiento es condición de efectividad del Programa.

El objeto de este trabajo fue analizar las representaciones de las mujeres incluídas en el programa de salud sexual y reproductiva de la UPAS 13 acerca de su sexualidad y sus prácticas reproductivas, a través de sus historias de vida. El supuesto central fue que identificar las singularidades de grupos culturales acerca de su sexualidad y prácticas reproductivas permitirá transformarlas, si se establecen los significados culturales que cada grupo tiene en su origen.

Este proyecto contribuirá a fortalecer la autonomía de los sujetos respecto de los derechos sexuales y reproductivos, a través del reconocimiento de singularidades socioculturales para mejorar la efectividad de los programas de salud sexual y reproductiva. Así mismo, se buscará resignificar el diseño del programa poniéndolo en relación con los contextos socioculturales diferenciados.

El método elegido fue la recuperación de historias de vida/retrato oral para analizar las categorías que permitieran interpretar las prácticas sexuales y reproductivas "en cultura".

"El relato de la historia de la vida involucra una secuencia que inscribe lo vivido en la dimensión del tiempo, y en la lógica de los procesos, ya que simultáneamente, involucra la dimensión del espacio al narrar lo acontecido en el seno de un conjunto de relaciones, de un universo de representaciones y en determinadas circunstancias. (García Salord, 2000, pág. 15)

"Kant encabezaba la segunda edición de su libro "Crítica de la razón pura" con el lema anterior en formulación afirmativa, tomada de Francis Bacon como signo y garantía de objetividad de la obra. Sólo cuando se elimina la individualidad se está haciendo ciencia. ¿Qué ha ocurrido desde entonces como para que consideremos que "sobre nosotros mismos llamamos", deba, ser cambiado como "sobre nosotros mismos hablamos". El ideal positivista fue establecer distancia entre el investigador y el objeto investigado, correlacionando mayor despersonalización con incremento de objetividad. La investigación narrativa viene justo a negar dicho supuesto, pues los informantes hablan de sus vidas, sin negar su subjetividad". (Bolívar Botía, 2002, pág. 40-65)

"Contar nuestras propias vivencias y "leer (en el sentido de interpretar) dichos, hechos y acciones a la luz de las historias que los actores narran, se convierte en una perspectiva peculiar de investigación". (Bolívar Botía, 2002, pág. 40-65)

El diseño de investigación se construyó con la selección de instrumentos de colecta de datos en terreno: entrevistas en profundidad, observación participante y genogramas (registro gráfico de la constitución del núcleo familiar presente, para analizar las estructuras, las repeticiones de patrones y los recursos familiares) que se triangularon sucesivamente.

Los espacios escogidos para realizar el trabajo fueron las viviendas familiares de las informantes y la UPAS 13, en coherencia con la observación participante en el propio contexto vivencial.

En una primera etapa, en la UPAS 13 se diseñó la marcha del programa en tres instancias: la entrevista de "admisión", donde participaron dos profesionales de diferentes disciplinas (médica y psicóloga o trabajadora social); el examen clínico; y la participación en talleres grupales donde se abordaron los temas de género, aparato reproductor femenino y masculino, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual. Se realizaron sesiones de autorreflexión sobre las prácticas profesionales que guiaron estas instancias.

Para analizar las representaciones sobre las prácticas sexuales y reproductivas de las mujeres incluídas en el programa de salud sexual y reproductiva de la UPAS 13, se comenzó con la convocatoria de aquellas que manifestaron voluntad explícita de participación.

La recuperación de sus historias de vida se realizó a través de entrevistas en el ámbito que ellas eligieron, en sucesivos encuentros con el equipo investigador.

Se construyeron diferentes categorías para identificar los diversos significados culturales en torno a la sexualidad y a las prácticas reproductivas, como el contexto de crianza y actual de las mujeres; las vivencias y recursos familiares con respecto al tema; la educación informal a través de los grupos de pares, del otro género, de los medios de comunicación y del equipo de salud; la educación formal recibida; la representación del propio cuerpo y la vulnerabilidad en cuanto a la salud.

La comprensión integral del proceso salud-enfermedad requiere reelaborar los modelos de abordaje ya que se evidencian limitaciones como el desconocer los componentes subjetivos del proceso y su inscripción en un contexto sociocultural.

El modelo biopsicosocial pretende aportar una perspectiva de abordaje integral.

Una de las premisas de esta perspectiva que retomamos para el desarrollo de este trabajo es el concepto de los "modos de vida" que permitirán interpretar el "riesgo social".

El modo de vida (o reproducción social) como instancia determinante de los procesos salud-enfermedad, comprende dos dimensiones: estilo de vida y condiciones de vida. La primera, remite a las formas social y culturalmente determinadas de vivir, que se expresan en conductas. La otra dimensión se refiere a las condiciones materiales necesarias para la subsistencia (Almeida - Filho, 2000, Pág. 165)

La caracterización de los modos de vida se constituye en un recurso que posibilita identificar vulnerabilidades y protecciones de los grupos sociales.

Para facilitar la comprensión del término riesgo o la probabilidad de daños y pérdidas es necesario desagregarlo en la interrelación o intersección de dos tipos de factores cuyas características y especificidades son sumamente heterogéneas: la amenaza y la vulnerabilidad.

Diversos autores definen dichos conceptos de la siguiente manera: con la idea de amenaza se refieren a un peligro latente o factor de riesgo externo de un sistema o de un sujeto expuesto, y entienden a la vulnerabilidad como un factor de riesgo interno que hace que el sujeto o sistema expuesto sea afectado por el fenómeno que caracteriza la amenaza. (Rojas, 2005, pág. 27-30)

Se retoma la propuesta de Rojas y col. para el análisis de la vulnerabilidad social desde diversas perspectivas del conocimiento según los factores que la originan: exposición, fragilidad social y nivel de resiliencia.

Para definir la *exposición* se toma la noción descrita por Breilh (2003) que la define como procesos característicos para cada espacio social concreto y según los mecanismos que pueden ser eventual (de tipo no causal no ligada a los estilos de vida), crónica (ligado a patrones estables inscriptos en los modos de vida) y los permanentes (una actuación continua del proceso destructivo impuesto por una situación permanente). (Breilh. Pág. 73)

La *fragilidad social* se entiende como la predisposición que surge como resultado del nivel de marginalidad y segregación social del asentamiento humano y sus condiciones de desventajas y debilidad relativa por factores socioeconómicos.

La resiliencia es la capacidad para resistir y recuperarse.

"Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo". (Werner, 1989).

Entonces, se podría abordar el riesgo por "modelos de fragilización", sensibles a las especificidades simbólicas y al carácter interactivo de la relación entre los sujetos humanos y su medio (ambiente, cultural y socio-histórico). De este modo se puede construir la noción de que cualquier evento o proceso social, para representar una fuente potencial de riesgo para la salud, necesita estar en resonancia con la estructura epidemiológica de los colectivos humanos. (Almeida-Filho, 2000, pág. 174)

Retomando a Almeida -Filho, el trabajo se propone interrogar e interrogarse acerca de "¿Qué significa (social, cultural y simbólicamente) ser mujer, negra, envejecida, explotada, abandonada? (o de modo, no tan equivalente), ¿ser hombre, analfabeto, trabajador manual, oprimido, cotidianamente violentado por la brutal inequidad vigente en nuestra sociedad?" en el contexto situado de un barrio periférico de la ciudad de Córdoba, en las prácticas sexuales y reproductivas de mujeres de diversas edades, entre el 2004 y 2007.

La posición que se adopta, en el análisis, es considerar el modo de vida como el complejo que integra las conductas individuales ante la salud y las dimensiones socio-históricas englobando la dinámica de las clases sociales y las relaciones sociales de producción en la perspectiva micro- de la vida cotidiana de los sujetos.



¿Qué es salud sexual y reproductiva para mujeres de 20 a 50 años, en la doble envolvente espacio-temporal-histórica de sus vidas? Remitirá a interpretar qué piensan, sienten, viven como cotidianidad.

En este sentido conviene retomar conceptos de Bourdieu de habitus, campo y capital cultural;

“El habitus, o esquema de percepciones y categorizaciones con que aprehendemos la realidad, es el producto de la coacción que ejercen las estructuras objetivas sobre la subjetividad. La constitución de los habitus está ligada a la posición ocupada por el sujeto en el espacio social o en los distintos campos en los que participa. El habitus es un conjunto de relaciones incorporadas a los sujetos, el cual a su vez configura un sistema de relaciones con el campo”.

“El campo está constituido por una estructura de relaciones, es una construcción histórica y social.

Cada campo específico se define a partir del capital que en él está en juego. El capital puede definirse como un conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden.

“El capital cultural puede existir en estado incorporado, es decir bajo la forma de disposiciones duraderas del organismo; en estado objetivado, bajo la forma de bienes culturales[...] y en estado institucionalizado, forma de objetivación que es necesario poner por separado porque, como se observa con el título escolar, confiere ciertas propiedades totalmente originales al capital cultural que supuestamente debe garantizar”, [...] la forma fundamental de capital cultural, está ligado al cuerpo, se realiza personalmente y supone su incorporación mediante la pedagogía familiar”.

SP/ 10

Desarrollo

En el primer análisis de las entrevistas se identificaron dimensiones en la construcción del objeto de investigación que expondremos a partir de categorías conceptuales que operan como analizadores fenomenológicos.

Los *conflictos de convivencia*, como categoría muy emergente, se derivan de la cohabitación de familias extensas en una situación próxima al hacinamiento. Son constantes, tanto en el contexto original de crianza como en el de la familia actual, las restricciones del espacio físico, la convivencia de varias generaciones en un mismo núcleo habitacional y la dificultad de la coexistencia en las representaciones de los modos de vida familiares. Los condicionamientos en las prácticas de la vida privada de la pareja y la familia nuclear son inducidos por el vivir “de prestado”. La falta del bien habitacional de la unidad familiar contribuye a una mayor vulnerabilidad tanto de la salud individual como familiar, agudizando los conflictos en las interacciones. La mayoría de las informantes presentan una estructura familiar extensa, donde conviven tres generaciones en un reducido espacio físico, (genogramas). La trama co-habitacional se configura en espacios de una sola vivienda, sin sectorización de familia nuclear, y escasa diferenciación de convivencia por habitación. No obstante, en la dinámica de interacciones, los espacios comunes de vida cotidiana se comparten con la familia extensa que operan como condensadores de tensiones y conflictos. La posesión del bien “vivienda”, como capital económico objetivado, es también centro inductor de tensión y conflicto: en algunos casos los padres son los propietarios y “prestan” parte de su vivienda, con ejercicio explícito del poder de regulación sobre la dinámica relacional, ej: en la casa de la madre del hombre-marido es la suegra quien marca las reglas de convivencia y uso. A la inversa, pero simétricamente, las hijas que albergan a madres solas, hermanos e hijos de sus parejas, ejercen el poder de regulación sobre éstas.

A: “Vivo en la casa de mi suegra, no me gusta mucho pero no me queda otra. He aprendido a tolerar un montón de cosas que antes no toleraba pero a fuerza de...”

obligada por la situación, nada más."

S: "Si vivimos todos juntos. Bueno en una pieza yo, el A y la gorda. En otra pieza mi hermano, el hermano del A y mamá. En otra pieza la P con el marido, la S y la J."

La estructura y jerarquía familiar se redistribuye en heterarquías donde el centro de poder y decisión circula entre los actores según situación y relación. Cabría interpretar que el modelo generalizado y precedente de la familia nuclear moderna es desplazado por una familia extensa, con características premodernas, pero con economías nucleares "pactadas". Sin embargo, otras labores, como el cuidado de los hijos, son compartidas por todas las mujeres convivientes. El varón es eximido de todas las tareas domésticas. El pacto de diferenciación de roles socio-familiares, hombre y mujer, se define en las prácticas a través del género: las mujeres cuidan hijos y familia y los hombres aportan el sustento económico, lo que recordaría el modelo de la modernidad.

S: "porque cada uno hace su vida... Yo un día ponele salgo de trabajar, y lo encuentro al A que se va conmigo... volvemos... y bueno de trabajar ahora y bueno, él se acuesta a dormir. Porque bueno, trabajaba a la noche antes..."

Las crisis históricas produjeron desocupación en los hombres y retorno a la cohabitación con la generación precedente, sin grandes diferenciaciones. Las salidas y retornos a la vivienda parental extensa son periódicos y "normales".

V: "Si nosotros, él estaba trabajando más o menos bien, habíamos alquilado casa, todo, y bueh, se quedó sin... viste cuando fue el drama todo... dice mi mamá, bueno entre que sigan pagando alquiler vénganse a Quilino, la casa es grandísima..."

Comparten la misma habitación padres e hijos pero, la pareja mantienen relaciones sexuales bajo ciertas condiciones de intimidad relativa: la intimidad de la pareja se reduce a los momentos del sueño de los hijos.

V: "...tengo mi cama ahí. Vos querés hacer algo, tenés que venir y tirar un colchón para este lado o no sé... esperar a que se duerman, que estén bien dormidas tipo 4 de la mañana... porque es así, ellas se duermen, duermen pero imaginate que estés en algo y se despierten y te digan mami..."

S: "...Si yo prefiero que se duerma y después me fijo para hacerlo... mientras mi hija está despierta, no. Ponele si está despierta se va con la P, no... ni así me gusta. Porque no me gusta no estar donde tenés que estar..."

En su contexto familiar de origen, las informantes dan cuenta de familias estructuradas en grupos subordinados a la autoridad patriarcal, temida y respetada. En otros casos, la ausencia del padre biológico es "cubierta" por un padrastro abusador y una historia en conflicto con la ley.

V: "Y mi papá me quería matar a mí y a él juntos... tenía la cuchilla de carnicero... estaba con la cuchilla así... no, no, no nos amagaba ni nada pero... mi marido lo miraba nomás, él es muy reservado pero... decía cosas como que yo te crié no para esto, que qué va a pensar la familia, que cómo vas a hacer esto, que mirá la vergüenza, que ahora hay que bajar la cabeza porque claro, quedar embarazada era..."

P: "como mi mamá trabajaba... él estaba todo el día ahí, mirando tele... se tocaba... nos decía cosas que no podés decir delante de los chicos... ubicáte, viste..."

Una segunda categoría, relativa a la *educación informal de la familia de origen* muestra las enseñanzas por parte de los mayores padres, tíos y hermanos acerca de sexo y la reproducción durante su vida.

V: *"Sí, dudas, sí pero yo por ejemplo, tenía una tía, la hermana menor de mi papá, que siempre le preguntábamos a ella, por ejemplo, cómo es la 1era vez, sangras no sangras, porque viste que existe la duda... Y ella nos contaba, sí, por ejemplo, nos contaba de su experiencia de ella con el marido, de su 1era vez... ella había tenido relaciones en la casa de la hermana ..."*

A: *"Mi mamá no me explicó nunca nada, eran otras épocas, las cosas estaban diferentes, no había tanto, tanto..."*

La marca generacional y la construcción social de significados diferentes se remontan a "otros" tiempos históricos. Las informantes afirman dialogar con sus hijos acerca de la reproducción, la concepción y los métodos para evitarla.

A: *"... si el otro día íbamos caminando por la calle, íbamos M. de 10, L. que tiene 7 y T. que tiene 5, T. mira la calle y dice mirá mamá una tetina, lo estaba por agarrar, era un preservativo usado... Yo le dije no mirá eso se llama forro, sirve para tal y tal cosa, se lo ponen los varones para tal y para tal cosa... ah, mamá para que entre el juguito ahí adentro me dijo L., pero así, para que el juguito quede adentro, para que el juguito quede adentro, claro y no embarace las chicas, para que no se embaracen las chicas, sí, qué hago, le digo que es una tetina y anden jugando y se lo metan en la boca, no. Para mí tienen que saber..."*

Lo que se dice (discurso) *entre pares* acerca del sexo y reproducción son "comentarios al pasar". La autocensura temática en la relación con los pares discierne un espacio restrictivo de la intimidad.

V: *"Mmm, no, no, o sea, amigas, amigas tengo 2, una se fue a vivir ahora a Salta... sí, vivía acá... son de Quilino... y la otra vive acá en Córdoba. Y por ejemplo, antes de casarnos, no. Sí sabíamos, yo sabía que ella, la chica que se fue a vivir a Salta, ella estaba muy de novia, había tenido relaciones, nunca había quedado embarazada pero porque Dios es grande porque ella siempre, no se cuidaba, no sabía cómo cuidarse... Pero nunca le pasó nada. El chico era un chico grande que quizás él... ella nunca supo si se cuidaba o no, no tenía ni idea... pero... más que eso no hablamos..."*

La información proveniente de los medios de comunicación y del equipo de salud no se vislumbra.

Su representación de la *sexualidad* está asociada al *ritual del inicio de las relaciones sexuales* en su adolescencia, en constante contraposición con el afecto. El reconocimiento del *placer femenino* se aprende a través de la *experiencia* (tiene un recorrido "histórico" en la propia vida).

La representación *masculina de la sexualidad* es vivida y aceptada como diferente a la femenina – personal, revelando criterios de "*normalidad*" atribuibles a la masculinidad. Registran un cambio histórico negativo en el "*modo*" de iniciarse en la sexualidad, lo atribuyen a la falta de reglas (límites familiares y escolares). Las diferencias intergeneracionales se presentan también en la construcción de la sexualidad. Los padres son sujetos reproductores, no sexuales, en la medida en que no aparece ni la información, ni las manifestaciones afectivas de pareja. Asimismo, como respuesta de la generación más joven entrevistada no informan la búsqueda de conocimientos previos (curiosidad) en la familia.

La ley paterna y la normativa verticalista masculina define un adentro y un afuera de la sexualidad y sus "riesgos".

En todos los casos se "expresa" la adhesión a un ideal romántico de amor y sexualidad si bien, en la práctica, confiesan haberse iniciado sexualmente sin amor. El embarazo previo a la pareja estable, impulsa al matrimonio-convivencia a través de la sanción moral como un condicionante significativo a la hora de enseñar a los hijos o hermanos menores.

S: "o sea nada que ver... porque miraba el techo... te juro por Dios, miraba el techo y decía ¿esto fue?... me lo imaginaba algo así como re-romántico, con besos... re-romántico. Nunca fue así..."

P: "Es que fue algo muy rápido, viste, sí me dolió. Sentía algo así, viste. Y después no sé, fueron 3 minutos! Y dije: tanto esperé para que sea esto? No, no... me desilusionó..."

A: "me lo imaginaba, que sé yo, más como... más... no sé, más cariño, más mimos, más..."

El rol de mujer se revela en dos posiciones aparentemente contradictorias: como mujer-reproductora, independientemente de su edad, se posiciona en un lugar familiar y social de reconocimientos, se le adscribe un status superior al previo; como mujer-pareja se subordina en términos de género. De esto se deriva que el ideal romántico de la maternidad reiteradamente expresado por las informantes, como ideal del yo, cobre coherencia en el grupo social extenso. En suma, el aparente dualismo se sintetiza en sobre y subalternidad.

La sexualidad ligada al placer no tiene lugar en la memoria de las mujeres sino hasta el momento en que se consolidan las parejas. El ideal romántico que abriga la esperanza del placer, se demora y distancia desde la primera relación sexual ligada al dolor y a la "falta de sangrado" hasta que se tienen hijos, se estabilizan y "relajan". Es en ese momento en que las mujeres se habilitan culturalmente a sentir y desear. Resulta significativa la reiteración del "sangrado" ante la iniciación sexual como un simbolismo antiguo en las sociedades portador del valor de la virginidad ofrendada al hombre en un ritual de género.

A: "no, no, no... o sea, es como que no me animaba a pedir que me hicieran lo que me gustaba, ¿me entiendes?..."

P: "...Hoy en día es más diferente, es más... una que es más largo, otra que no... es diferente, es más abrazos, besos... Está más el sentimiento, el sentimiento... y a mí me gusta inventar, me gusta inventar...en eso nos entendemos, somos iguales..."

S: "¿qué es el sexo? Es lindo... si uno lo hace con amor es algo lindo, si no pienso que no. O sea, si es con una persona que vos querés, que se respetan mutuamente sí, está todo bien pero si no, no. Que se yo..."

V: "Sí, me dolió. No, la 1era vez fue un horror. Yo no sangré ahí, sino cuando fui al baño, ahí empecé a sangrar. Y era un ardor, me ardía como..."

El valor de *tener hijos* es entendido como una necesidad sentida por el hombre y una demostración de afecto de la mujer hacia su pareja. Opera como un anclaje a ciertas seguridades de la pareja. Los límites reconocidos de la reproducción son la edad de la madre y la situación económica que atraviesa la familia. Asimismo, ser mujer, alcanzar la completud se logra a través de la maternidad, no del placer. La progenie supone lograr un lugar en el mundo, "*dejar algo en la tierra*", trascender.

S: "¿Por qué y para qué? Porque si uno no tiene un hijo no tiene a nada en la vida. Porque ¿que dejás tuyo? Nada. Porque ¿qué dejás tuyo? Acá en la tierra... Aparte que es lo más hermoso que hay en la vida..."



A: *"Empecé a salir con D. en marzo y en mayo quedo embarazada de T. Fue todo muy flash, muy... Lo pedía D., no, lo pedía D. desde el primer momento, desde la primera vez... fue importantísimo..."*

S: *"... Porque yo no tenía relaciones porque me dolía. Porque todo el mundo decía "no sabes cómo duele la primera vez que se yo" ¿me entendés? Y tener un hijo en vez, te dolía más. O sea yo no... nunca quise tener un hijo, nunca. Pero bueno, pero después se dio con el gordo, que los dos queríamos tener el hijo y lo mismo tenía ese miedo "que me va a doler, no..." ¿me entendés? Pero no... no es que duele, o sea, si duele lo que duele son las contracciones, no duele el parto. El parto no duele, las contracciones te matan, te matan. Porque uno en el parto, salió, ya está, ya salió. Y se fueron las contracciones, se fue todo. Pero... que se yo, es lo más hermoso tener un hijo, en este momento es lo más hermoso. Por lo menos para mí..."*

La educación formal no aporta información que parezca transformar las representaciones sobre las prácticas. No obstante, la escuela es uno de los ámbitos que se reconoce como un espacio dónde intercambiar "experiencias" entre el grupo de pares. La escisión temporal y generacional reaparece en la condena social a las mujeres con embarazos adolescentes y la relativa naturalización contemporánea.

S: *"...O sea, el tema de precaución, para cuidarse, todo eso lo aprendí en el colegio. Porque en sí, nos daban muchas charlas sobre prevención en el colegio. Pero en el tema de relación sí, lo aprendí con mi pareja..."*

V: *"...No, no, en la escuela no, menos en aquel tiempo. Nada."*

A: *"...Lo que aprendías lo aprendías así pero era un teléfono descompuesto... que sabes vos si está bien, si está mal lo que te están diciendo..."*

En relación a la vulnerabilidad, las mujeres no perciben amenazas externas en torno a su salud y la de sus familias, remarcando su labor de "cuidadoras" de la salud familiar.

Si bien sus condiciones habitacionales, laborales y la organización de sus familias extensas responden a la fragilidad social, en los relatos de las informantes no se observan procesos destructivos claros a los que estén expuestas.

S: *"...No, porque estamos todos sanos. Todo bien, o sea... no me preocupa nada. Aparte que soy muy cuidadosa con todo. Por eso no me preocupo, no me preocupa. La menor cosa y me voy al médico así que..."*

Las prácticas sexuales y reproductivas se "aprenden y modifican" en función de la experiencia individual y familiar; se reconocen informaciones provenientes de la educación formal y no formal (que no tienen significado en la transformación de las prácticas).

Las mujeres más jóvenes reconocen haber tenido contacto con información reproductiva en la escuela presentada como amenaza. Cabría reflexionar cómo son construidas las nociones de sexualidad y de reproducción en los agentes del sector salud, en los docentes y en el sistema de salud que "bajan" como información adecuada pero no internalizada y reflexionada en términos culturales.

Pensar en la salud como construcción sociocultural presupone analizar las propias prácticas profesionales, incorporando la noción de los procesos culturales como uno de los ejes principales.

Los grupos sociales construyen sus propios significados culturales en torno a la salud sexual y reproductiva. Dar cuenta de ello es necesario para elaborar propuestas educativas desde los sectores de salud y de educación, que transformen en un futuro las prácticas percibidas como amenazas por los grupos.

Conclusiones

Las representaciones de las mujeres acerca de sus prácticas sexuales y reproductivas reveló:

- En un solapamiento de tipos de estructura familiar, coexiste la familia extensa con prácticas de la familia nuclear. La posesión del bien habitacional induce a la cohabitación de tres generaciones es también centro inductor de conflicto: en algunos casos los padres son los propietarios y prestan parte de su vivienda con ejercicio explícito del poder de regulación sobre la dinámica familiar. A la inversa, las hijas que albergan a madres solas, hermanos e hijos de su pareja, ejercen el poder de regulación sobre las reglas de convivencia y uso.
- La estructura y jerarquía familiar se redistribuye en heterarquías donde el centro de poder y decisión circula entre los actores según situación y relación.
- Las salidas y retornos a la vida parental extensa son normales y periódicos. La citada circulación, espiralada, se produce en situaciones de crisis históricas, con desocupación y clivaje social.
- El pacto de diferenciación de roles socio-familiares, hombre-mujer, se define en las prácticas a través del género.
- Las mujeres se construyen en dos tiempos históricos simultáneos; modernamente, a través de una idealización del amor, la maternidad y la subordinación de género; y premodernamente, con la constitución de familias extensas y la maternidad aportadora de un status superior diferenciado.
- La distinción moderna de los espacios de lo público, privado e íntimo, aún en la coexistencia en una vivienda única, se sostiene, trabajosamente. Lo que soslaya toda tipificación de promiscuidad.
- Sus representaciones acerca de la sexualidad están asociadas al ritual de inicio de las relaciones sexuales en su adolescencia, en constante contraposición con el afecto.
- Elementos simbólicos como el sangrado y el dolor, son constantes en los relatos.
- Se registra un cambio histórico negativo en el “modo” de iniciarse en la sexualidad. Lo atribuyen a la falta de reglas (límites familiares y escolares).
- La educación específica en la temática deviene desde las prácticas culturales del grupo social, mientras que la educación formal y la de los agentes de salud, aportan sólo información, relativamente ajena. Cabría interrogarse acerca de las estrategias de construcción en la salud.
- Un corte significativo intergeneracional es la diferencia de actitud de las madres en la transmisión de la educación sexual; “afirman” hablar con sus hijos acerca de la sexualidad, la reproducción.
- El placer se posterga y subordina a la constitución de la pareja estable. Una vez lograda, se vislumbra.
- La fragilidad social supuesta por las condiciones habitacionales y organizacionales de las familias no se vive como una amenaza para la salud.

A partir de los nuevos conocimientos generados en este trabajo y la transferencia efectuada a las mujeres incluidas en el programa de salud sexual y reproductiva de la UPAS 13 y a los miembros del equipo de salud de la UPAS 13, se espera que se modifiquen las prácticas, tanto de las mujeres como de los profesionales, teniendo así un resultado positivo en la salud.

La educación sexual y reproductiva deberá hacerse eco de los significados culturales atribuidos a las diferentes prácticas según los grupos.

El sector salud tendrá que repensar la planificación y “bajada” de las estrategias dado que hoy por hoy no contemplan los significados culturales. (“¿Por qué les damos todo y no se cuidan?”)

Actores que contribuyeron al proyecto

- El equipo de salud de la UPAS 13 (dependencia de la Dirección de Atención Primaria de la Salud. Secretaría de Salud y Medioambiente. Municipalidad de Córdoba): Dra. Claudia Sánchez,

Dr. Alejandro Alassia, Dra. Ma.Celina Lloveras, Enf. Julia Guzmán Mendoza, quienes colaboraron con la logística del proyecto.

- El Departamento de Medicina Familiar- Centro de Investigación y Formación en Salud Familiar y Comunitaria. Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Colaboró en la asistencia técnica y equipamiento para el desarrollo del proyecto.

Bibliografía

1. Astegiano C, Pérez A, Acevedo G, Estario JC. *Estudio epidemiológico sobre factores que condicionan la utilización de métodos anticonceptivos*. Revista de Salud Pública. 1 (VIII) 40-46. Córdoba. Argentina. 2004.
2. Bolívar Botía A. *¿De nobis ipsis silemus?: epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación*. Revista electrónica de Investigación en Educación. 4 (1) 40-65. Universidad Autónoma de Baja California. México. 2002.
3. Burin M, Meler I. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós. Buenos Aires. 1998.
4. Bourdieu, P, Chamboredón, J.C. et al. *El Oficio de Sociólogo*. Siglo XXI editores. Bs. As. Argentina. 1975.
5. Bourdieu, P. *Cosas Dichas*. Ed. Gedisa S.A. Barcelona. España. 1996.
6. Bourdieu, P. *La Miseria del Mundo*. Fondo de Cultura Económica de Argentina. 1998
7. Bourdieu, P. *Pensamiento y Acción*. Libros del Zorzal. Bs. As. Argentina. 2002.
8. Gutiérrez, A. *Pierre Bourdieu. Las Prácticas Sociales*. Ed. Universitaria Universidad Nacional de Misiones. Posadas. 1995.
9. Geertz, Clifford. *Conocimiento Local*. Gedisa. SD
10. Geertz, Clifford. *La interpretación de las culturas*. Gedisa. Barcelona. España. 1997
11. Almeida-Filho N. *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2000.
12. Breilh, J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Editorial Lugar, Buenos Aires, 2003.
13. De Sousa Miyano, MC. *El desafío del conocimiento*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 1997.
14. Rojas MC, Ciuffolini MB, Meichtry N. *La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar*. Archivos de Medicina Familiar. 1 (7). México. 2005
15. Ciuffolini B, Jure H, *Estrategias de comprensión integral del proceso salud/enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable*, Astrolabio, Córdoba, 2006.
16. Dirección de Atención Primaria de la Salud. Secretaría de Salud y medioambiente. Municipalidad de Córdoba. *Programa de Salud Sexual, Reproductiva y Planificación Familiar*. Córdoba. Argentina. 2004. Págs. 8-18.
17. Ministerio de la Nación. *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Buenos Aires. Argentina. 2002.
18. Montero, Sieburth M. *Corrientes, enfoques e influencias de la investigación cualitativa para Latinoamérica*. En: Rueda Beltrán, M. *La etnografía en educación, panorama, prácticas y problemas*. México. CISE-UNAM; 1994.
19. Anderson G, Herr K. *La historia oral como método para dar poder a los alumnos: ¿qué indica su propia voz?* En: Rueda Beltrán M, Campos MA. *Investigación etnográfica en*
20. Alonso, L.E. *La Mirada Cualitativa en Sociología*. Ed. Fundamentos. España. 1998.
21. Brizuela, B., Pearson Stewart, J. y otros. *Acts o Inquiry in Qualitative Research*. Harvard Educational REVIEW. Cambridge. Massachusetts. 2000.

22. Duschatzky, S. y otros. *Tutelados y Asistidos. Programas Sociales, políticas públicas y subjetividad*. Piados. Bs As. Argentina. 2000.
23. Folguera, Pilar. *Cómo se Hace Historia Oral*. Eudema S. A. Madrid. 1994.
24. Galindo Cáceres, J. *Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*. Addison Wesley Longman. México.1998.
25. García Guadilla, Carmen. *Producción y transferencia de Paradigmas teóricos en Investigación Socio-educativa*. Fondo Editorial Tropykos. Caracas. 1987.
26. Gellner, E. *Antropología y Política. Revoluciones en el Bosque Sagrado*. Gedisa Ed. Barcelona. España. 1997.
27. Giddens, A. Turner, J y otros. *La Teoría Social hoy*. Alianza Universidad. España. 1987. (1990).
28. Goffman, Erving. *La Presentación de la Persona en la vida cotidiana*. Amorrortu Editores. Bs. As. 1993. (1º Edición en inglés en 1959).
29. Goffman, Erving. *Los Momentos y sus Hombres*. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona. España. 1988 (1991).
30. Hamilton, D. *Contraste de Supuestos entre el Análisis de Muestras y el estudio de Casos en la Investigación*. (En Gimeno Sacristán, J. y Pérez Gómez, A. La Enseñanza: su teoría y su práctica. Ediciones Akal. Madrid. 1989.
31. Marí, Enrique E. *Elementos de Epistemología Comparada*. Ediciones Puntosur. Argentina. 1990.
32. Schnitman, D. F, Morin, E. y otros. *Nuevos Paradigmas. Cultura y Subjetividad*. Paidos. Bs. As. 1994.
33. Sitton, T. Mehaffy, G. y Davis, o. I. *Historia Oral. Una guía para los Profesores (y otras personas)*. Fondo de Cultura Económica. S. A. México. 1989.
34. Wittroch, Merlin C. *La Investigación de la Enseñanza, II. Métodos Cualitativos y de Observación*. Ediciones Paidos. México. 1993.
35. Ritzer George. *Teoría sociológica Contemporánea*. Ediciones Mc Graw - Hill. Interamericana de España, S.A. Madrid. España. 1993.
36. Wolf, Mauro. *Sociologías de la Vida Cotidiana*. De. Cátedra. Madrid. España. 1994.
37. OPS-OMS. *La salud de las Américas*. 2002. Págs. 200-203.
38. Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL et al. *Use of contraceptive methods in Spain: results of a national survey*. Contraception. Madrid. España. 2001.
39. Domínguez A, SodevillaA, Vázquez L, Rosemberg M, Palma Z, Checa S, Bianco M, Gutiérrez A, Mariño A, Laski M, Alanis M, Ambach V, Silva J. *Salud y aborto en la Argentina: de las propuestas a los hechos*. SeAP. Córdoba. Argentina. 2004. Págs. 70-76.
40. Ariño M. *Perfil social de las mujeres en edad fértil*. SIEMPRO. Buenos Aires. Argentina. 2003.
41. Nolan B. *General practitioner utilization in ireland: the role of socioeconomic factors*. Social Science and Medicine. 1994. Págs. 711-716.
42. Newacheck P. *Access to ambulatory care for poor persons*. Health Services Research. 1988. Págs. 401-419.
43. Bant Haver A. *Salud, cultura y genero: cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural*. Perú. 2001.
44. OMS. *Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*. OMS. Bolivia. 1996.
45. Fleitas Ruíz R. *Contradicciones de la movilización de la mujer como gestora de salud sexual y reproductiva en Cuba*. Revista Cubana de Salud Pública. 29 (3) 246-252. La Habana. Cuba. 2003.