

Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México)*

***Roberto Castro
Joaquina Erviti***

Introducción

EL ABORTO EN MÉXICO, COMO EN MUCHOS PAÍSES DE LA REGIÓN, constituye un problema de salud pública. No obstante, dada la dificultad de conocer la magnitud, debido a las condiciones de clandestinidad en que ocurren la mayoría de los abortos en México, las cifras que se conocen son estimaciones más o menos aproximadas a la realidad, y que varían según las fuentes. Según cálculos realizados a partir del número de abortos atendidos en los hospitales, se estima que el número de abortos inducidos en México, en 1990, era de aproximadamente medio millón y que sólo el 25% de los abortos atendidos en los hospitales son abortos espontáneos (Singh y Wulf, 1994; Henshaw *et al.*, 1999). Para 1997, de acuerdo a la última Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, el 18.6% de las mujeres en edad fértil que refieren haber estado embarazadas alguna vez ha tenido al menos un aborto, provocado o espontáneo, en su vida reproductiva; y según estimaciones realizadas por Conapo (2000), para ese mismo año, el número de abortos in-

* Este proyecto fue posible gracias a un financiamiento de la Fundación Carnagie, así como al apoyo administrativo de la Fundación Mexicana para la Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. Los autores desean expresar su reconocimiento al Dr. Mario Bronfman, pionero en este tipo de investigaciones, cuyo apoyo resultó crucial para la obtención del financiamiento. Y a las psicólogas Clara Juárez Ramírez y Rosario Valdés Santiago, que contribuyeron en la realización de las entrevistas. Agradecemos también a las autoridades del Hospital Dr. José G. Parrés de Cuernavaca por permitir la realización de este estudio.

ducidos fue de 102 000. En cuanto a los costos en salud, en 1997, el aborto representó la tercera causa de muertes maternas; una de cada diez muertes maternas (8.5%) se registró por esta causa (DGE-SSA, 1999). Estas cifras, naturalmente, se asocian a procesos de mortalidad y morbilidad cuya trascendencia no puede ser minimizada. Pero el aborto es más que un problema de salud pública. Es también un problema social grave, que está enmarcado en un contexto de ilegalidad y de condena. Ello se traduce en fenómenos como estigmatización, segregación y ocultamiento para quienes lo experimentan, y por consiguiente en dificultades objetivas para demandar y recibir la atención de salud que se requiere en estas circunstancias. En este contexto, resulta fundamental explorar el papel que juegan las redes sociales y su asociación con los diversos patrones de resolución de un aborto que adoptan las mujeres.

Este artículo presenta resultados de una investigación que se propuso evaluar el efecto de las características estructurales y funcionales de las redes sociales de las mujeres que presentan un aborto, en la trayectoria de resolución del mismo y, en general, en el manejo o enfrentamiento (*coping*) de la situación. La hipótesis central es que las variaciones en las características de las redes sociales se asocian directamente con el tipo de manejo que hacen las mujeres sobre sus propios procesos de aborto, tal como se ha documentado para otros problemas relevantes de salud (Bronfman, 2000).

Conceptos básicos

Diversos autores (Cobb, 1976; Cassel, 1976; House *et al.*, 1988a; Thoits, 1985; Ell, 1996; Castro *et al.*, 1997) han analizado la vinculación existente entre la disponibilidad de apoyo social y la forma en que los individuos manejan su enfermedad. “Apoyo social” es un concepto multidimensional que al nivel más general hace referencia a la totalidad de recursos provistos al enfermo por otras personas (Cohen y Syme, 1985). El uso de este concepto ha dado lugar a múltiples intentos de operacionalización (Taedy, 1985; Barrera, 1986) con diversos grados de éxito. Junto al enorme cúmulo de abordajes meramente empíricos, los intentos más sociológicos por delimitar el concepto se han apoyado en la noción de *redes sociales* (Berkman y Syme, 1979; Muller, 1980). Se comprende por red social a todas las personas del entorno personal de la mujer con quienes mantiene alguna relación (familiar, de amistad, de trabajo o estudio, vecinal o comunitaria) y que son mencionados como recursos de apoyo, sea éste positivo o negativo (Sluzki, 1996). Desde la perspectiva sociológica, es importante destacar que el “apoyo social” incluye elementos tanto *estructurales* —como grado de integración y/o aislamiento,

y estructura de la red social— como *procesuales* —como la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del “apoyo social”, y el “apoyo social” en sí mismo— (Berkman *et al.*, 2000; House *et al.*, 1988b). En consecuencia, el análisis de los procesos de decisión que siguen las mujeres que optan por abortar puede ser estudiado sociológicamente bajo la óptica del “apoyo social” que, como proceso, involucra transacciones entre individuos y sus relaciones sociales dentro de un contexto social específico (Vaux, 1990).

Lo anterior sugiere una conceptualización del actor que rescata su capacidad creativa y su habilidad para “manejar” sus circunstancias (Thomas, 1928; Weber, 1968; Blumer, 1969). Junto al concepto de “apoyo social”, la capacidad de manejo de situaciones adversas (“coping”) también ha sido analizada desde las ciencias sociales, en las que se ha propuesto que dicha capacidad de manejo puede ser conceptualizada como una forma de acción social, es decir, como una forma de conducta que es interpretable a partir de los significados socialmente desarrollados en torno a ella. Al reconocerle un carácter sociológico a la capacidad de manejo de los individuos frente a la adversidad, se evitan las explicaciones psicológicas que atribuyen toda variación de este fenómeno a rasgos psíquicos, y se dirige la mirada analítica hacia la forma en que dicha capacidad de manejo depende de las instituciones sociales y de las estructuras de poder y de producción de la sociedad (Gerhart, 1979). Bajo esta perspectiva, es posible privilegiar el análisis de los recursos de orden social de que disponen los individuos en su manejo de la adversidad.

En este trabajo nos interesa recuperar el concepto de “manejo de situaciones adversas” desde una perspectiva sociológica, para el estudio del proceso de toma de decisión y de la trayectoria de resolución que siguen las mujeres que presentan un aborto. Desde este punto de vista, los conceptos de manejo/apoyo social, redes sociales y *self* (persona), están estrechamente interrelacionados. Como se ha señalado en la literatura, el estudio sociológico del “apoyo social” requiere que consideremos, en primer lugar, su naturaleza interaccional (Pearlin y Schooler, 1978; Pearlin, 1989). Esto nos sitúa cerca de la perspectiva del interaccionismo simbólico. Ello, a su vez, nos obliga a incluir en el análisis la dimensión subjetiva de las mujeres de este estudio pues, tal como postula este enfoque, la interacción social se explica a partir de la definición que los actores hacen de sus propias situaciones y circunstancias. Este postulado se aplica tanto para esa forma de interacción social que aquí llamamos “apoyo social”, y que se encuentra al interior de las redes familiares y sociales de las mujeres estudiadas, como para ese otro proceso social que aquí identificamos como “toma de decisión y trayectoria de resolución

que siguen las mujeres que presentan un aborto". Y finalmente, ello nos fuerza también a considerar el concepto de persona (*self*).¹ La formulación clásica de este concepto (Mead, 1979) contempla que la "persona" o el *self* emerge en las etapas tempranas de la infancia, cuando el infante (el *yo*) puede desarrollar una visión (identidad) de sí (el *mi*). Y ello es posible sólo como producto de la interacción social. La misma interacción es crucial para sostener en la vida cotidiana la experiencia específica de uno mismo. El *self* es un fenómeno emergente, es un producto creado y sostenido siempre en el marco de la interacción social. Apoyándose en esa perspectiva, investigaciones sociológicas más recientes han mostrado que la desarticulación de las redes sociales que se deriva de la reclusión en el hogar que imponen ciertos padecimientos crónicos se traduce en un "self disminuido" (Charmaz, 1983), o bien en un "self desestructurado" (Bury, 1982), experiencias que a su vez se vuelven constitutivas de la experiencia del padecimiento que les dio lugar.

En otras palabras: el "manejo" que hacen las mujeres de sus procesos de aborto depende de los recursos (formas de apoyo específicas) con que cuentan, en términos de estructura de *redes* y funcionamiento de las mismas; pero dichos recursos no se presentan como algo "dado" sino que son activados por las propias mujeres o sus familiares, a partir de la definición de su situación (i.e., percepción de que necesitan ayuda, decisión de buscarla, selección de posibles agentes de ayuda; negociación de la ayuda, etc); y esa definición de su situación, a su vez, depende de la visión que tienen del mundo y de sí mismas, es decir, de la forma en que su persona (*self*) está constituida socialmente. Dicha constitución, por último, es resultado de la manera históricamente específica en que se insertan en la estructura social y de las condicionantes relacionales (económicas y de género) que derivan de ello. Los tres elementos (*redes*, manejo y apoyo, y *self*) forman un círculo conceptual mediante el cual interactúan y se explican entre sí (fig. 1).

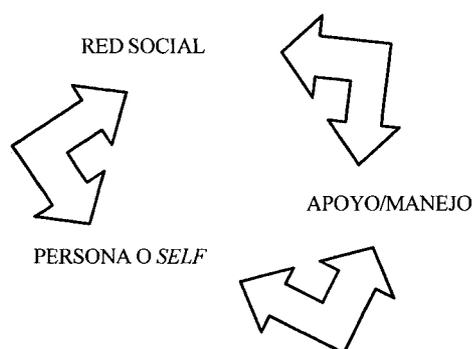
Método

Se realizó un estudio cualitativo en un hospital público de asistencia social de Cuernavaca, México, durante 1997, donde se identificaron a mujeres que ingresaron por aborto. A 34 mujeres atendidas por aborto (aproximadamente el 7% del total de abortos atendidos en el hospital en el año), se les aplicó un cuestionario, previa aceptación, donde se exploraron sus principales carac-

¹ No existe una adecuada traducción al español del concepto de *self*. Nos referimos aquí, indistintamente, a *self* y persona, tal como se usa en la traducción del texto de Mead (1979).

Figura 1

Los conceptos de red social, apoyo/manejo y persona o *self*



terísticas sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, lugar de procedencia y de residencia), de dependencia económica, el grado de hacinamiento y las condiciones de la vivienda, así como las relacionadas con la historia reproductiva y el aborto. Posteriormente, se realizaron entrevistas en profundidad por medio de una guía temática de indagación que facilitaba la exploración sistemática de diferentes temas: el proceso material y emocional de la mujer que aborta, su interpretación sobre la experiencia del aborto, las condiciones de configuración del embarazo y los procesos para su resolución, las características y funcionamiento de su red social, y el apoyo social recibido tanto en términos materiales como en los aspectos emocionales. La mayoría de las entrevistas se realizaron en el hospital y en algunos casos en el domicilio de la mujer, a solicitud de ésta.

Cabe aquí, sin embargo, una precisión de orden metodológico: en el estudio cualitativo de las redes sociales suele privilegiarse el método de la observación y la entrevista familiar. Dado el contexto de nuestra investigación —mujeres con un aborto en curso que eran recibidas en el área de urgencias de hospitales públicos, con frecuencia sin conocimiento de sus familiares— no resultaba posible esta opción. En todos los casos, al terminar la entrevista individual (que se realizó siempre un día después del internamiento de la paciente, previo a su dada de alta), se exploró la posibilidad de realizar una entrevista familiar en el domicilio de la mujer. En muchos casos, naturalmente, las mujeres rechazaron esta opción justamente porque la mayoría de ellas estaba tratando de mantener en secreto su aborto. En seis

casos se realizó una entrevista familiar en el domicilio de las mujeres. El análisis que sigue se basa en la información recogida a través de todas estas estrategias.

Las entrevistas fueron capturadas y analizadas con apoyo del programa *Ethnograph* (Seidel, 1998). En el análisis de las entrevistas se identificaron los principales temas que aparecen en el discurso de las entrevistadas, estableciendo los códigos que permiten encontrar las recurrencias y diferencias. Mediante el análisis cualitativo se exploró la posible existencia de una correspondencia entre la estructura y funcionamiento de la red social y la configuración y resolución del aborto.

La estructura de las redes sociales de cada una de las cuatro mujeres que se presentan en este trabajo se elaboró siguiendo la propuesta de Sluzki (1996), esto es, diferenciando cuatro áreas específicas: el ámbito familiar, las amistades, las relaciones comunitarias, y las relaciones de trabajo y estudios. Cada esquema se presenta en forma de círculos concéntricos, donde el centro corresponde a la persona analizada, y los integrantes de su red son colocados dentro del cuadrante que les corresponde y a una distancia indicativa del grado de proximidad con la persona analizada. Como se señaló antes, esta información fue obtenida mediante las entrevistas en profundidad.

Características socio-demográficas de las mujeres del estudio

Las 34 mujeres entrevistadas pertenecían a sectores sociales muy desprotegidos: dos de cada cinco enfrentaba malas condiciones de vida y la mitad vivía en condiciones de alta marginación. La mayoría vivía en pequeñas viviendas sin servicios completos, hechas con materiales de baja calidad. Tres de cada cinco convivían en unión libre con la pareja y no habían superado los estudios primarios y cuatro de cada cinco dependían económicamente de la pareja, misma que presenta un bajo nivel de ingresos (la mitad reporta ingresos inferiores a 100 dólares mensuales). Tenían edades comprendidas entre 14 y 44 años, y una de cada cuatro mujeres era menor de veinte años.

La mayoría de las mujeres entrevistadas expresó como causas del aborto: caídas, tareas pesadas, antojos, enojos y disputas con la pareja, y solamente una mujer aceptó que el aborto era provocado. Casi la mitad presentó un diagnóstico clínico de aborto incompleto y a tres se les diagnosticó aborto en evolución; sólo una mujer tuvo un diagnóstico de aborto espontáneo, otra presentó aborto séptico, y a dos se les practicó un segundo legrado por infección; y en una de cada cinco mujeres no se especificó el diagnóstico.

Resultados: el papel de las redes sociales en la forma de resolución del aborto

La condición de pobreza de las mujeres entrevistadas supone no sólo un bajo nivel educativo o una sistemática falta de dinero, sino también carecer de empleo o tener un trabajo de relativa poca complejidad (empleadas domésticas, vendedoras ambulantes, etc.; o bien, albañil, peón, o chofer de ruta, en el caso de las parejas) que con frecuencia se desarrolla en condiciones de rígida supervisión y con pocas posibilidades de variar la rutina diaria de trabajo. La pobreza se traduce, entre otras cosas, en una serie de elementos derivados de la interacción social cotidiana que son *rutinariamente recibidos como información* sobre el mundo y sobre uno mismo, y que estrechan la concepción que los individuos tienen sobre la realidad y sobre su persona. La pobreza, entonces, es una condición social que condiciona la capacidad de manejo de los actores, no sólo en el plano más visible y obvio, como el relacionado a las limitaciones económicas, sino también en el plano menos evidente, pero no menos importante, relacionado con la estructura de las redes sociales, los apoyos que se obtienen a través de ellas y, consecuentemente, el efecto de estas variables en la subjetividad socialmente construida de los individuos (Castro, 2000). A partir de estas consideraciones es posible interpretar los resultados de esta investigación. Como se señaló anteriormente, nuestro objetivo es evaluar el efecto de las características estructurales y funcionales tanto de la familia como de las redes sociales de las mujeres que presentan un aborto, en su trayectoria de resolución del aborto y, en general, en su manejo de la situación. En lo que sigue, centraremos nuestro análisis en cuatro casos paradigmáticos en el entendido de que ellos permiten demarcar los límites (o el rango) dentro de los cuáles se ubica la generalidad de nuestros casos.

Para fines analíticos hemos clasificado los casos que presentaremos de acuerdo al esquema del cuadro 1. Se presentan en él cuatro casos de aborto atendidos en el Hospital General de Cuernavaca. El *ámbito de manejo* se refiere al contexto social (la red social ampliada o restringida) dentro del cual, según el testimonio de las entrevistadas, se busca y obtiene el grueso del apoyo que necesita para resolver su problema de salud. El *tipo de manejo*, por su parte, se refiere a las características generales con que las entrevistadas manejaron su proceso de aborto, esto es, sobre la manera en que se resuelve y la forma en que lo experimentan subjetivamente. Los casos de *manejo pasivo* se refieren a testimonios de mujeres en los que se advierte alguna o varias de las siguientes características:

a) un alto grado de incertidumbre respecto a las causas del aborto; *b)* un alto grado de aleatoriedad en el manejo del proceso del aborto propiamente, desde la detección de los primeros signos y síntomas hasta su terminación en el hospital; *c)* un alto nivel de duelo y desbordamiento personal con diversos grado de claridad en las mujeres respecto a su asociación con el aborto; *d)* un bajo nivel de control sobre la propia vida reproductiva y sexual, y *e)* un alto grado de temor e incertidumbre ante los servicios de salud.

Por su parte, los casos de *manejo activo* se refieren a testimonios de mujeres en los que se advierte alguna o varias de las siguientes características: *a)* una idea relativamente clara de las causas “naturales” del aborto; *b)* un manejo relativamente planeado y acotado del proceso del aborto, desde la detección de los primeros signos y síntomas hasta su terminación en el hospital; *c)* un nivel relativamente adecuado de contención personal frente al dolor de la pérdida; *d)* un manejo relativamente adecuado de la propia vida reproductiva y sexual, y *e)* un manejo relativamente adecuado frente a los servicios de salud.

Naturalmente, la anterior es una clasificación de *tipos ideales* de manejo. No cabe esperar, por lo tanto, que todos los atributos listados en cada tipo estén presentes en los casos que se presentan a continuación, ni tampoco que los casos de un tipo (por ejemplo, “manejo pasivo”) sean puros: puede darse el caso de mujeres que presentan características de ambos tipos (por ejemplo, alto grado de aleatoriedad en el manejo del aborto y también manejo relativamente adecuado frente a los servicios de salud). Sin embargo, la clasificación de los casos dentro de un tipo u otro responde a los rasgos más representativos contenidos en los testimonios. Más aún, hay que pensar ambos tipos no con la rigidez que implica todo esquema clasificatorio sino como las expresiones de dos polos de un *continuum* dentro del cual es posible ubicar los diversos casos, cada uno a mayor o menor distancia de cada extremo.

El hallazgo más importante que deseamos reportar aquí se refiere al hecho de que los casos de aborto hospitalario en los que se da un *manejo activo* se asocian a la existencia de redes sociales y/o familiares relativamente estructuradas y funcionales que generan, por lo tanto, formas de apoyo eficaces, y que traducen una constitución del *self* relativamente autónoma y con capacidad de intervención sobre sus propias circunstancias. Por el contrario, los casos de aborto hospitalario en los que se da un *manejo pasivo* se asocian a la existencia de una inserción mucho más precaria en la estructura social de parte de las mujeres, una consecuente dificultad (y, a veces, imposibilidad) de generar y obtener apoyo, y un concomitante desdibujamiento del *self* y de su capacidad de intervenir y modificar su entorno. Esta diferenciación, natu-

Cuadro 1

Clasificación de casos paradigmáticos de aborto

<i>Tipo de manejo</i>	<i>Ámbito de manejo</i>	
	<i>Red social ampliada (familia, comunidad, amistades, trabajo)</i>	<i>Red social restringida (sólo el cuadrante familia)</i>
<i>Manejo pasivo</i>	ANA CLARA (16 años)	MARÍA (32 años)
	<i>Datos sociodemográficos:</i> * soltera (sin pareja) * primaria incompleta (2°) * trabajadora doméstica	<i>Datos sociodemográficos:</i> * en unión libre (sin hijos) * analfabeta * trabajadora en el campo
	<i>Datos del embarazo y aborto:</i> * embarazo “no deseado” (sin control) y socialmente devaluado * causas del aborto: antojos	<i>Datos del embarazo y aborto:</i> * embarazo “deseado”: la pareja deseaba que le diera un hijo/a * aborto incompleto infectado
	<i>Datos de la red social y el self:</i> * red tensional * self: disminuido * apoyo (emocional) poco efectivo	<i>Datos de la red social y el self:</i> * red social precaria y sin recursos * self: disminuido * apoyo precario, trayectoria azarosa
<i>Manejo activo</i>	CAROLINA (25 años)	ERNESTINA (28 años)
	<i>Datos sociodemográficos:</i> * madre soltera (sin pareja) * preparatoria (estudia computación) * trabaja taller de costura	<i>Datos sociodemográficos:</i> * en unión libre (tiene tres hijas) * primaria completa (6°) * hogar (sin trabajo remunerado)
	<i>Datos del embarazo y aborto:</i> * embarazo “no deseado”: fallo del método anticonceptivo (inyectables) * causas aborto: tareas pesadas (mover máquinas); es 2° legrado	<i>Datos del embarazo y aborto:</i> * embarazo “deseado”: la pareja deseaba un hijo varón * causas aborto: “no sé” “quizás un antojo” que la pareja no valora
	<i>Datos de la red social y el self:</i> * red funcional * self: estructurado, autonomía * apoyo material y emocional	<i>Datos de la red social y el self:</i> * red funcional * self: medio * apoyo efectivo

raímente, se da dentro del contexto general de pobreza que hemos descrito más arriba, por lo que no cabe esperar que las diferencias entre ambos grupos tengan la nitidez que se observaría si se compararan mujeres de diferente clase social. Pero este es precisamente uno de los aportes centrales de esta investigación: mostrar que al interior de grupos relativamente homogeneizados en términos de indicadores socioeconómicos, es posible diferenciar sub-grupos más específicos a partir del tipo de redes sociales existentes.

Dos casos contrastantes de manejo en el ámbito familiar

El caso de María² (manejo pasivo, con una red social escasa y exclusivamente familiar)

Redes sociales: el caso de María (A),³ de 32 años, es uno de los ejemplos más extremos de aislamiento social que hemos encontrado en esta investigación (figura 2). Su red social es prácticamente inexistente y de hecho ella es sólo un punto periférico de una red social cuyo núcleo lo ocupa su madre (B). María sólo se beneficia mediante algunos apoyos que los miembros de esa otra red (la de su madre) aportan. La marginalidad de María en este arreglo social se manifiesta incluso en el hecho de que durante la entrevista es la madre quien contesta a la mayoría de las preguntas de la entrevistadora, dejando a María casi como espectadora.

María tiene una pareja (C) de 40 años con quién vivió cuatro meses para separarse después por un largo periodo, 12 años. Recientemente, sin embargo, se han vuelto a juntar:

Entrevistadora: ¿Y tú querías juntarte otra vez?

María: Sí

Entrevistadora: ¿Y por qué?

María: (silencio)

Madre: Pues porque *él* necesita alguien que le haga de comer.

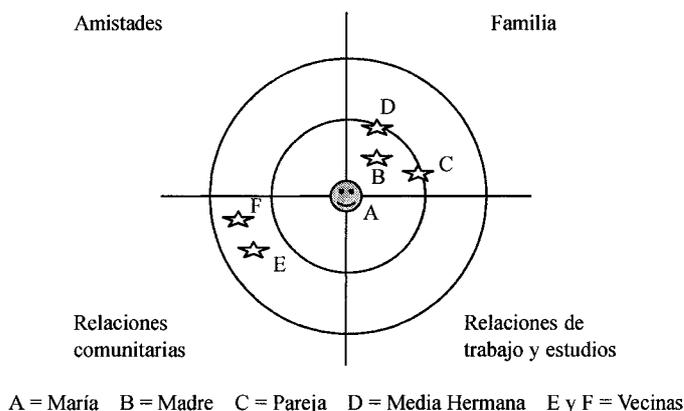
La marginalidad de María, de acuerdo a este testimonio, se aprecia también en las razones que aduce su madre —y no ella misma— que explican que se haya vuelto a juntar con su pareja: no porque ella quisiera, sino porque a *él* le hace falta alguien que le haga de comer. Este mismo dato también es

² Nombres ficticios.

³ Los diversos integrantes de las redes sociales serán identificados con una letra, misma que aparece reproducida en el mapa de redes correspondiente.

Figura 2

Mapa de la red social de María



un primer indicador del escaso control que María tiene sobre su vida sexual y reproductiva.

Las redes sociales de su pareja también son muy limitadas, pues sólo cuenta con una media hermana (D) y unos sobrinos. Finalmente, María no cuenta con amistades propias ni conocidos fuera de su estrecho círculo familiar:

Entrevistadora: ¿Y María tiene amigas?

Madre: No, nadie; no habla con nadie, sólo conmigo.

Por su parte, aunque no comparten vivienda, la madre de María apoya económicamente a su hija y a su yerno (ambos trabajadores asalariados del campo) vendiendo cazuelas en el mercado. Completan la red social de la madre de María dos vecinas (E, F) a quienes identifica como personas que pueden prestar cierto apoyo económico en caso de necesidad:

Entrevistadora: ¿Quiénes son las dos personas que le ayudan?

Madre: Son dos vecinas las que tengo más confianza, si ellas tienen me prestan, si no pues no porque ahí en mi pueblo el dinero escasea, no hay trabajo...

Apoyo, self y tipo de manejo: la ayuda que puede recibir María en casos de necesidad se obtiene básicamente de su propia madre, de su pareja, o de los escasos integrantes de la red social de la madre. Es difícil separar los tres elementos —apoyos, *self* y tipo de manejo— pues en los testimonios se pre-

sentan estrechamente articulados entre sí. Vale la pena, sin embargo, revisar los testimonios buscando iluminar esos tres aspectos.

Después de varios días con fiebre, acuden a demandar atención médica, luego de llevarla “con una señora a que la inyectara” y de que “al otro día sacó el bultito”. La madre de María narra así la trayectoria que siguen desde que se presentan los síntomas del aborto:

...el doctor me dijo que estaba grave porque estaba bien colorada y sudaba mucho; de ahí fuimos a Cuautla, la mandaron hacer un ultrasonido al Centro de Salud de Jonacatlán, y de ahí de vuelta al Hospital de Cuautla, pero nos dijeron que ahí no había doctor, que viniéramos a Cuernavaca, pero nunca habíamos venido hasta aquí, no conozco, *estoy como ciega, como atarantada*, siento que el sol sale pa'bajo y no pa'riba, yo me tomo valor porque su esposo de plano no ha querido ni subir⁴ porque *le da miedo*, yo pregunto y hago la lucha, me acerco con unas señoras, unas me responden y otras no me quieren ni hablar [la madre y María comienzan a llorar]...

En este testimonio se aprecian claramente varios elementos: una trayectoria azarosa, resultado en parte de la falta de recursos de los servicios de salud (que refieren a otros lugares a las pacientes), y en parte debido al desconocimiento de la madre y de María de la propia ciudad de Cuernavaca (“...nunca habíamos venido hasta aquí, no conozco...”). Se aprecian también otros elementos indicativos del escaso manejo que María y su madre tienen sobre este proceso de aborto, por ejemplo, el alto grado de temor e incertidumbre que muestran ante los servicios de salud (“...yo me tomo valor porque su esposo de plano no ha querido ni subir porque *le da miedo*...”).

Estrechamente vinculado a estos elementos, aparecen datos sobre las características del *self* de los tres actores involucrados en este proceso: se trata de una autopercepción muy devaluada (“...*estoy como ciega, como atarantada*, siento que el sol sale pa'bajo y no pa'riba...”), que se ve reforzada por los fallidos intentos de pedir ayuda en los que a veces no se recibe ni respuesta (“...yo pregunto y hago la lucha, me acerco con unas señoras, unas me responden y otras no me quieren ni hablar...”).

Finalmente, todo el proceso anterior está enmarcado dentro del contexto más general de la pobreza, que contribuye a hacer aún más precaria la experiencia de este problema. La madre de María describe así las condiciones por las que pasa para poder acompañar a su hija hospitalizada:

Entrevistadora: ¿A dónde está comiendo?

⁴ Se refiere a la planta alta del hospital, donde está internada María.

Madre: Allá abajo⁵ un atole y un tamal en todo el día, a veces un taquito, pero por los dos son veinte pesos. Por eso me subo a la hora de la comida porque lo que ella no quiere me lo como yo, pa' no gastar tanto.

Entrevistadora: ¿Y dónde se están quedando?

Madre: Allá abajo, en las sillas, por eso me duele reteharto mi espalda, no me dejan quedarme aquí, aunque sea en el suelo, ahí me acomodaba, porque allá abajo hace harto frío y no trajimos cobijas, así nomás nos venimos...

Y externa, en varias ocasiones a lo largo de la entrevista, su angustia frente a lo que posiblemente tendrá que pagar al hospital para que su hija pueda salir del mismo:

“¡Uy, ahorita de dónde! Si ya no tenemos dinero. De haber sabido desde que llegué me hubiera ido a la plaza a ver qué vendía, o a lavar, aunque sea para sacar para las medicinas, pero ahora pues ya no puedo, le voy a hacer la lucha con la señorita [trabajadora social] para que entienda mi situación. Pero no me puedo mover porque no conozco a nadie, me siento perdida, como ciega...”

Las redes sociales son el tejido que le dan a los individuos un sentido de pertenencia y de cohesión con el mundo. Cuando no las hay, como en este caso, la vivencia de la realidad y de los problemas de salud, como el aborto, se da en medio de una significativa sensación de exclusión. Ello explica que en su narración del proceso del aborto tanto María como su madre muestren que han vivido todo el evento con una permanente sensación de secundariedad frente a los otros y de marginación frente a las instituciones, lo que les impide experimentar este tipo de problemas con una mayor capacidad de manejo y un mejor control de toda la situación. Como se refleja en este testimonio, en casos como éste la vivencia del aborto puede llegar a ser de extrema precariedad, incertidumbre y angustia.

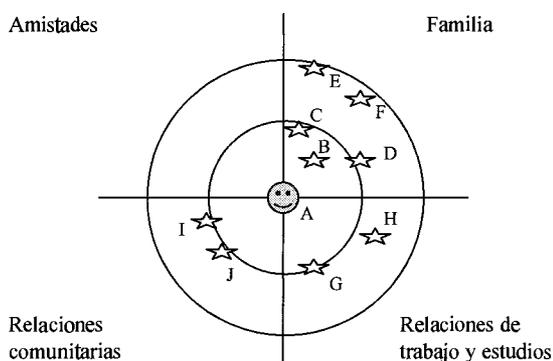
El caso de Ernestina (también resuelto en familia, pero con más red social y un manejo activo)

Redes sociales: El caso de Ernestina (A), de 28 años, contrasta con el de María por el mayor grado de control con que ella y su esposo (B) manejan el proceso del aborto, a pesar de que también viven en condiciones de mucha pobreza (figura 3). La relación de pareja entre Ernestina y su esposo parece ser una donde se guardan ciertos equilibrios entre ambos, y no una

⁵ Se refiere a la sala de espera en el área de urgencias del hospital.

Figura 3

Mapa de la red social de Ernestina



A = Ernestina B = Esposo C = Tío D = Cuñada E = Hermano F = Hermana
G = Patrona H = Amigo del esposo en el trabajo I = Vecina J = Grupo de religión cristiana

de extrema verticalidad y de total sometimiento de la mujer al hombre. Ambos dejan su lugar de origen para venirse a Cuernavaca en busca de mejor suerte.

Las redes sociales del esposo de Ernestina le facilitan la migración a Cuernavaca en condiciones de seguridad: un tío de él (C) le ofrece trabajo en un mercado. Ambos tienen una familia de origen relativamente funcional que se activa adecuadamente para brindar apoyo cuando se necesita, aun cuando no viven en la misma ciudad que ellos:

Entrevistadora: Ahora que se vino, ¿con quién dejó a los niños?

Ernestina: Con mi cuñada (D), ahorita está en la casa.

La relación entre Ernestina y su esposo parece ser armónica y de buen entendimiento mutuo. El embarazo, de diez semanas de gestación (que terminó en aborto), era deseado y significaba la esperanza de tener un bebé del sexo masculino en la familia:

Entrevistadora: ¿Y este embarazo lo habían pensado, lo habían planeado, habían pensado que querían tener otro hijo?

Ernestina: Sí, él quería otro, como tengo puras niñas quería un niño él, iba a ser el último, ya después me iba a operar, pero no quiso vivir, lo perdí...

Hay indicios, como se aprecia en este testimonio, de que Ernestina tiene un cierto *manejo activo* de su vida reproductiva y es capaz de anticipar decisiones, como la de operarse después del parto, que hablan de un nivel de planeación que no se advierte en otros casos. El aborto se presenta, como suele ocurrir, de improviso, pero la existencia de redes sociales en torno a la familia, más la adecuada constitución personal de la pareja, les permite activar los contactos adecuados para realizar una búsqueda de apoyo que se prolonga hasta que se obtiene:

Esposo: Pues ahora que se puso mala mi esposa yo no sabía ni qué hacer; entonces hablé con mis hermanos (E), pero ellos no me prestaron dinero; hablé con mi hermana (F) y tampoco... y hablé con la señora (G) con la que trabajo y ella fue la que me echó la mano y me prestó dinero.

Si bien los hermanos no le prestaron dinero para la emergencia, sí aceptaron fungir como donadores de sangre, lo que le permitió a la pareja cumplir con este requisito de los servicios de salud. Además de los familiares, el esposo reporta tener un amigo en el trabajo (H) con quién podría contar para ciertas cosas, y tanto Ernestina como su esposo coinciden en señalar que algunos de los vecinos también podrían ser una opción a explorar en este sentido, de ser necesario, y es una vecina (I) quien les aporta la información para llegar al hospital en el momento de la emergencia. Ernestina también acude con frecuencia con un grupo de religión cristiana (J), lo que forma parte de sus redes sociales.

Finalmente, la narración que hacen tanto Ernestina como su esposo sobre el proceso mismo del aborto ciertamente hace referencia a una situación de emergencia que debe resolverse para atender el sangrado de Ernestina. Pero también se advierte un manejo relativamente *activo* y una mejor relación con los servicios de salud, en términos de asertividad y exigencia, que la presentada en el caso de María, aun cuando la atención que reportan haber recibido de los servicios sigue siendo muy autoritaria y distante:

Entrevistadora: Y a usted señor, ¿le explicaron qué tenía su esposa?

Esposo: No, no me dijeron nada, nomás me dieron este papel y nomás me pidieron dos donadores de sangre, y no me dijeron que si estaba de aquel lado de urgencias y no me dijeron nada. Pero pregunté y me dijeron que estaba de aquel lado pero me dejaron entrar hasta el otro día.

El duelo por la pérdida del embarazo se manifiesta también en condiciones de mayor control. Es decir, se habla del dolor pero en términos de relativa contención y con claridad sobre la necesidad de manejar la situación y

salir adelante, sin presentar esa sensación de avasallamiento que se manifiesta en otros casos con menos estructura social:

Esposo: Se siente feo por dentro del corazón; se pone a pensar uno y hasta dan ganas de llorar en el trabajo, pero se aguanta uno... se aguanta uno hasta donde se pueda...

Dos casos de manejo en el ámbito de las redes sociales

En contraste con los anteriores —dos casos analizados básicamente desde la perspectiva de la red familiar— en los dos casos que siguen se aprecia una mayor presencia de las *redes sociales*, además de la familiar. Puede tratarse de una red social relativamente amplia pero sin que esta funcione gran cosa a la hora de necesitarla (caso de Ana Clara), o bien puede tratarse de una red relativamente funcional y eficiente (caso de Catalina). Estas diferencias, explican que uno sea considerado un caso de *manejo activo* y el otro de *manejo pasivo* en el tipo de manejo que tienen respecto al aborto.

El caso de Ana Clara

Redes sociales: Ana Clara (A) es una mujer soltera, de 16 años de edad, que vive con sus padres (B, C), una hermana (D) y un hermano (E) menores que ella (figura 4). A pesar de su edad, cursa el segundo año de primaria, debido a que cuando era niña iba a la escuela “pero no entraba a clase”, según confiesa ella misma. De esta situación, sin embargo, nunca se percataron sus padres, lo que constituye un posible indicador del desligamiento que caracteriza a esta unidad familiar.

Ana Clara tiene algunas tías (F, G), hermanas de su mamá, a quienes identifica como una opción de convivencia durante el tiempo libre pero que son percibidas, al mismo tiempo, con un alto grado de distanciamiento:

Entrevistadora: Y cuando tienen tiempo libre, o sea que descansa tu papá o tu mamá, ¿qué hacen, a dónde van?

Ana Clara: Pues yo nada más a la casa de mis tías, hermanas de mi mamá.

Entrevistadora: ¿Las que te regañan?

Ana Clara: Sí

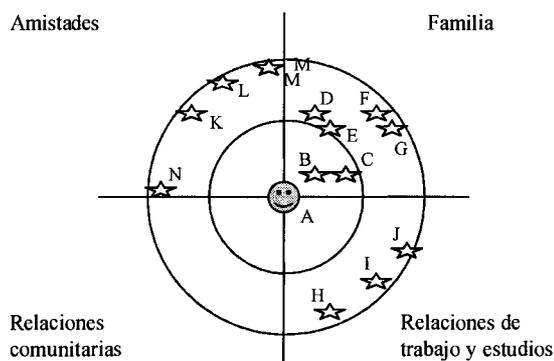
Entrevistadora: ¿Y por qué te regañan?

Ana Clara: Porque *dicen que yo soy una tal por cual...*

Entrevistadora: ¿A qué crees que se refieran?

Figura 4

Mapa de la red social de Ana Clara



A = Ana Clara B = Padre C = Madre D y E = Hermanos F y G = Tías
 H = Trabajo cuidando niños I = Trabajo en tortillería
 J = Trabajo como empleada doméstica K, L, y M = Amigas N = Novio

Ana Clara: Me imagino que porque en cualquier momento iba a poder salir embarazada.

En otras palabras: no es que Ana Clara no cuente con familiares cercanos o no los visite, sino más bien se trata de una situación en la que la calidad de los vínculos que se mantienen con los diversos parientes que forman la red familiar es muy mala y hasta conflictiva, lo que en la literatura se denomina “red tensional” (Due *et al.*, 1999). Como se puede apreciar en el testimonio anterior, se trata incluso de familiares que emiten una constante valoración negativa de la persona (*self*) de Ana Clara.

Ana Clara ha trabajado en diversos lugares desde la edad de 13 años, como consecuencia de la necesidad económica de su familia. Sus trabajos han consistido básicamente en cuidar niños (H), en trabajar en una tortillería (I) y en desempeñarse como empleada doméstica (J). Es decir, ha salido del estrecho núcleo familiar y ha incursionado por el más amplio mundo social que la rodea pero siempre dentro de ocupaciones y empleos —como los que mencionamos al principio de este trabajo— que suponen alto grado de supervisión, bajo nivel de sofisticación, y que se traducen en un estrechamiento de la propia persona (*self*) y de la visión que se tiene del mundo, y en una baja o nula motivación para seguir adelante:

Entrevistadora: ¿Y por qué te salías de esos trabajos?

Ana Clara: ... a mí no me gustaba porque entraba uno a las seis de la mañana y salía a las tres y media o cuatro... al principio sí me gustó salir tan temprano, lo que pasa es que me tenía que levantar temprano y después ya no me gustó, ya no me quería ni levantar... porque era muy temprano.

Con todo, en ese medio social adverso, Ana Clara ha podido incluso desarrollar algunas amistades (K, L, M), sin bien éstas también son percibidas como distantes:

“...tengo amigas pero casi no convivimos, o sea que nos vemos muy rara vez... nos vemos cuando nos encontramos en la calle y así, pero amigos que vayan a mi casa o que yo vaya a la suya, no”.

La relación con varias de esas amigas, además de precaria y distante, es también conflictiva, lo que traduce consecuencias directas en su autoestima. Ana Clara narra que ha tenido dificultades con algunas de ellas en la calle, donde a veces la insultan:

Entrevistadora: ¿Y por qué te insultan?

Ana Clara: Pues no sé, será porque *ellas tienen más libertad que yo*, ellas sí pueden salir a donde quieran, y ellas luego *dicen que soy una amargada*, me dicen muchas cosas...

Es claro, además, que se compara desventajosamente respecto a ellas, como alguien que tiene menos libertad. A través de una de esas amigas conoció a quién fue su novio (N), el cual supone un estatus de valor en un entorno social y familiar tan devaluador. No obstante, dos meses antes del aborto, éste se marchó a los Estados Unidos en busca de trabajo, sin establecer ningún compromiso con ella y sin saber del embarazo. De la precariedad del vínculo que mantenía con su novio y de la dificultad que tenía para ser asertiva con él y tomar decisiones de acuerdo a su sentir (*self* disminuido), da cuenta el siguiente testimonio:

Entrevistadora: ¿Y cómo fue cuando se fue?

Ana Clara: Pues me dijo que él se iba a ir al otro lado [Estados Unidos] porque aquí no, ya estaba cansado de vivir aquí que luego su mamá nomás no le daba dinero y que mejor se iba para allá para que trabajara. Eso fue lo que me dijo.

Entrevistadora: ¿Tú qué pensaste de que se fue?

Ana Clara: Yo sentí bonito... porque dije: por fin me voy a desafanar de él.

Entrevistadora: ¿Ya no lo querías?

Ana Clara: No sé, ya había veces que ya no, no sé, sentía que ya no lo quería, no sé... luego sentía odio hacia él, no sé.

Apoyo, self y manejo. En ese contexto de precariedad, conflicto y un *self* reducido, era altamente probable que Ana Clara tuviera muy poco control de su vida reproductiva, lo que se refleja, por ejemplo, incluso en una actitud de pasividad y parálisis durante la propia relación sexual:

Entrevistadora: ¿Y nunca usaron alguna protección para que no te embarazaras o algo?

Ana Clara: *Él me dijo* que tenía condón, pero no tenía pues [resulté embarazada].

Entrevistadora: ¿Tú te fijaste si tenía el condón o no?

Ana Clara: *No.*

Entrevistadora: ¿No viste si se lo puso o lo sacó?

Ana Clara: *No...*

Entrevistadora: ¿Y tú sabes cómo se coloca un condón, sabes cómo se pone?

Ana Clara: *No.*

Ana Clara vive el inicio de su embarazo en secreto, temerosa de compartir con sus familiares cercanos su nueva situación:

Entrevistadora: ¿Y tu mamá sabía que estabas embarazada?

Ana Clara: Cuando yo le dije [que estaba sangrando por el aborto] fue cuando se enteró, pero mi mamá no sabía.

Entrevistadora: ¿Y por qué no le habías contado a tu mamá?

Ana Clara: No sé, yo creo que porque *tenía miedo* y por eso no le había dicho nada a mi mamá... que me fuera a golpear o, no sé, *tenía miedo*.

Al iniciarse la emergencia, Ana Clara y su madre acudieron al Hospital, donde les explicaron que se debía hacer un legrado y que el bebé no se iba a lograr. Fue la primera vez que Ana Clara vio a un médico en relación con su embarazo. Al comunicar a su madre sobre el embarazo, Ana Clara ubica en los rasgos de su propia persona las causas del embarazo:

Entrevistadora: ¿No te dijo nada [tu mamá]?

Ana Clara: No, nada más habló conmigo, que por qué le había hecho eso.

Entrevistadora: ¿Y qué le dijiste tú?

Ana Clara: Yo le dije que *por tonta*, yo la verdad pues *me atonté*.

Entrevistadora: ¿Por qué crees que fuiste tonta?

Ana Clara: Por haberme metido con él, que *muchas no lo hacen*.

Entrevistadora: ¿Y tú por qué crees que lo hiciste?

Ana Clara: No sé, *ni yo misma sé por qué lo hice...*

En este testimonio se aprecia una valoración negativa de sí misma y, de nueva cuenta, una comparación desventajosa con respecto a otras mujeres

jóvenes, que son vistas como “más inteligentes” porque ellas “no lo hacen”. Desde el punto de vista de Ana Clara, en consecuencia, el embarazo ocurre porque ella, en su auto-percibida “inferioridad”, no evita el contacto sexual y, peor aún, no sabe bien por qué no lo hace. Por eso mismo, el embarazo es percibido inicialmente por Ana Clara como una oportunidad de mejorar sus vínculos afectivos y, con ello, acceder a una mejor situación de vida:

Entrevistadora: ¿Y qué sentiste cuando supiste que estabas embarazada, cuando te diste cuenta?

Ana Clara: Pues yo sentí mucha emoción, después me entró mucho miedo.

Entrevistadora: ¿Qué pensabas?

Ana Clara: Yo pensaba que si él se enteraba iba a venir para que nos juntáramos o algo así, o no sé, pensaba yo muchas cosas.

Es claro que el embarazo, con toda la ambigüedad que significa, es vivido como una fuente de esperanza para un futuro mejor. Su interrupción, en cambio, se traduce en nuevos problemas que Ana Clara deberá enfrentar desde esa condición de devaluación personal que resulta de sus precarios y problemáticos vínculos sociales:

Ana Clara: ...yo no sé, a veces pienso que estoy loca o no sé, a veces pienso cosas así.

Entrevistadora: ¿Por qué?

Ana Clara: No sé, hasta hay veces que digo *ojalá me muriera*, luego yo le pido a Diosito que me lleve, que me lleve con él...

Entrevistadora: ¿Qué otros problemas tienes aparte?

Ana Clara: Son muchos, son muchos problemas

Entrevistadora: ¿Cómo cuáles?

Ana Clara: Uno de mi virginidad, de que ya no le puedo contar todo a mi papá ni a mi mamá... y tampoco no me gusta tener amigas así...

En general, Ana Clara enfrenta el proceso en medio de una gran desesperación y pocas ganas de vivir:

Entrevistadora: ¿Y qué otros problemas piensas que son fuertes...?

Ana Clara: Pues luego *me siento muy sola*, luego quisiera acostarme a dormir y ya no despertar...

En medio de esa visión del mundo y de sí misma, caracterizada a nivel objetivo por una desestructuración de sus redes sociales y una baja o nula funcionalidad de las mismas, sobre todo en casos de necesidad, y a nivel subjetivo por una persona (*self*) constituida socialmente en términos de des-

ventaja y opresión, Ana Clara atribuye a sucesos fuera de su control la causa del aborto:

Entrevistadora: ¿Por qué crees que pasó lo del aborto?

Ana Clara: Pues a mí se me antojaron las enchiladas de mole verde... esas se me antojaron el martes en la noche y el miércoles en la mañana le dije a mi mamá y mi mamá me dijo que me las iba a hacer pero cuando yo me levanté ya estaba reglando...

En síntesis: a los 16 años de edad, es evidente que Ana Clara es una adolescente aún en desarrollo. Pero en la narración de su vida y de sus circunstancias, Ana Clara muestra los efectos que la carga de la pobreza y de unas redes sociales poco funcionales han tenido sobre ella. Por ello transmite una permanente sensación de que vive sin poder adueñarse de sus circunstancias y de que su propia vida ha sido más el resultado del azar que de un esfuerzo personal de planeación.

El caso de Carolina

Redes sociales: Carolina (A) es una mujer de 25 años, soltera, con un hijo de un año y medio de edad, y que vive con su madre (B) y cuatro hermanos (C, D, E, F) menores que ella (figura 5). Tiene dos hermanos mayores (G, H) que residen en la Ciudad de México. Su padre murió hace diez años y desde entonces Carolina se ha vuelto una hija parentalizada: junto con su madre, comparte el liderazgo al interior de la familia y ambas toman, de común acuerdo, la mayor parte de las decisiones que conciernen al grupo familiar. Según sus propias palabras, además, su madre es una persona con la que puede hablar "de todo". Carolina cuenta con una inserción dentro de la estructura social mucho más favorable que otros casos analizados en este mismo documento.

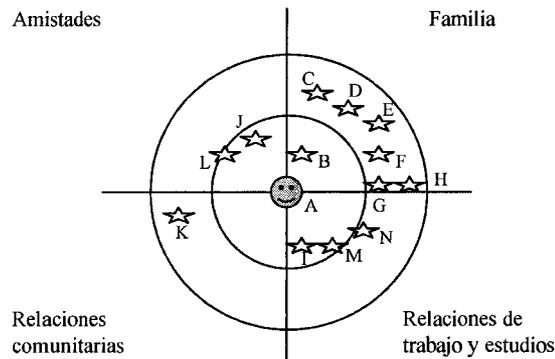
Trabaja como costurera para una fábrica de la Ciudad de México (I), y cose en su propia casa maquilando pedidos que le hacen. Por las tardes asiste a una escuela de computación. En esa institución ha conocido a una (J) de las dos amigas más cercanas en la actualidad. La otra, su mejor amiga, es una vecina (K) a quién conoce hace tres años y con ella mantiene un buen grado de comunicación:

Entrevistadora: ¿Y qué es lo que comparten entre ustedes?

Carolina: Pues como que nos confesamos ¿no? Nos decimos nuestras intimidades.

Figura 5

Mapa de la red social de Carolina



A = Carolina B = Madre C, D, E y F = Hermanos con quienes vive
 G y H = Hermanos que viven en la Ciudad de México I = Trabajo como costurera
 J, K y L = amigas M y N = Patrones

Además, Carolina es integrante regular de la feligresía de una iglesia evangelista cercana a su casa, en donde ha cultivado una tercera amistad con una mujer (L), si bien con ella es poco lo que puede compartir dado el estrecho marco normativo que impone la religión. Pero aquí lo importante es notar que al mismo tiempo que Carolina afirma que le gusta ir a la iglesia, ella mantiene su propio criterio sobre ciertos aspectos de la religión y es capaz de diferenciarse sin culpa personal en algunas cuestiones (*self* con cierta autonomía):

Entrevistadora: ¿Cuál es tu relación con tus compañeros de la iglesia?

Carolina: Casi no, como soy muy descarriada para ellos, casi no me hablan las muchachas.

Entrevistadora: ¿Por qué dices eso, por qué te perciben así?

Carolina: Pues que según eso está mal delante de Dios que uso pantalón y me pinto y cosas así.

Esa relativamente sólida estructuración de su vida familiar y social le permite a Carolina mantener otra esfera de su vida —la relativa a sus relaciones de pareja— con un mayor grado de volatilidad: a lo largo de la entrevista Carolina narra que ha tenido diversas parejas —uno de los cuáles es el padre de su hijo— pero con ninguno ha formalizado ni se ha ido a vivir con él. La

pareja, co-responsable de este embarazo, no sabe del embarazo y aborto pues emigró a Estados Unidos sin mantener el compromiso.

Apoyo, self y manejo. Esa red social y familiar es identificada por Carolina como una fuente de apoyo real en casos de necesidad. Por ejemplo, hablando de su amiga vecina, dice:

Entrevistadora: Si tuvieras una emergencia de salud, ¿qué crees que ella podría hacer por ti?

Carolina: Pues llevarme al doctor, nada más, porque de dinero no, porque ella es muy pobre, casi no tiene. Trabaja en una obra, en la cocina.

Además, Carolina identifica otras fuentes, potenciales y reales, de apoyo y ayuda en caso de necesidad. Por ejemplo:

Entrevistadora: ¿Y si tuvieras un problema económico, quién sería la persona que te ayudaría?

Carolina: Pues tengo unos amigos que son unos señores. Con uno (M) trabajé hace dos años y al otro (N) a la fecha le sigo trabajando, él me da máquina para mi casa, sí me ha apoyado bastante, cuando estoy enferma me habla a mi casa.

Carolina se embarazó con una pareja distinta al padre de su hijo. El aborto lo señala como producto de un accidente de trabajo:

“...no sabía que estaba embarazada, empezó a llover y moví las máquinas del taller y se me vino el sangrado... y cuando llegué al hospital me dijeron que estaba embarazada y que había tirado al bebé...”

Este es su segundo legrado, debido a un proceso infeccioso por retención de restos placentarios. Un mes antes había acudido a este mismo hospital acompañada de una amiga. En el caso de este aborto, acudió al hospital acompañada de su madre y uno de sus hermanos. Ya en el hospital, recibió la visita de una hermana mayor, con quien reconoce no tener muy buena relación pero que a la hora de la necesidad estuvo presente para lo que fuera necesario apoyar. En el embarazo anterior, que culminó con el nacimiento de su hijo, las reacciones de sus familiares cercanos fueron diferentes. Mientras que su hermano mayor se molestó con ella, su madre y su hermana tuvieron una reacción de apoyo:

Carolina: ...mi mamá no me dijo nada. Dijo que ya estaba grande y que ya sabía lo que hacía y me apoyó bastante en todo el embarazo y cuando nació el bebé también.

Entrevistadora: ¿Quiénes fueron quienes más te apoyaron cuando tú estuviste embarazada?

Carolina: Mi mamá y mi hermana.

En un contexto como el de Carolina, es posible sobrellevar el enojo del hermano, con quien no convive, respecto al aborto, debido al papel de autoridad y liderazgo que ella desempeña al interior de la familia. El apoyo de la madre, en cambio, que es decisivo, se mantiene presente a lo largo de todo el proceso de aquel embarazo y de este aborto. Los efectos de esta situación, y de la inserción general de Carolina dentro de su red social se aprecian no sólo en la autonomía que despliega respecto de su vida sexual, sino también en el manejo que muestra durante la atención del aborto en el hospital. La entrevistada es capaz de elaborar un juicio crítico sobre la calidad de la atención recibida, a la que califica de “muy impersonal y lenta”, pero puede hacerlo sin dar señales de desbordamiento personal, esto es, en condiciones de un relativo buen manejo de su situación.

Por último, Carolina da muestras de tener también un buen grado de control sobre su vida reproductiva. Antes de embarazarse obtuvo información, a través de su mejor amiga, sobre anticonceptivos inyectables y acudió primero con un servicio médico privado y luego con su amiga a que se los administraran. Ahora, tras el aborto, tiene nuevamente planes para controlar su reproducción:

Entrevistadora: ¿Cómo piensas cuidarte?

Carolina: Con el dispositivo... tengo que ir al médico.

Conclusiones

El análisis sociológico del funcionamiento de las redes familiar y social en relación con problemas serios de salud constituye una oportunidad para observar también los efectos que dichas redes tienen sobre la constitución social de la persona, esto es, sobre la estructura del *self*. Este concepto permite introducir una mediación entre la estructura objetiva de las redes y el funcionamiento específico de los actores. Hemos propuesto en este trabajo que la capacidad de manejo (*coping*) de situaciones adversas se asocia estrechamente al grado de estructuración del *self*, y que éste a su vez es *función* del tipo de inserción social de los actores, esto es, de la disponibilidad de redes sociales y, sobre todo, de la funcionalidad de las mismas en casos de necesidad. Al enfocar así el análisis de nuestros resultados, podemos, por una parte, corroborar un nivel de hallazgos relativamente obvio —que aquellos in-

dividuos que tienen “contactos” resuelven mejor sus problemas— pero, sobre todo, podemos acceder a un nivel de explicación de este fenómeno mucho menos obvio y no menos importante: que la funcionalidad de los contactos depende, en buena medida, de la capacidad de activación de los mismos por parte de los actores, y que esa capacidad, a su vez, es un reflejo del nivel de estructuración de su propio *self*. La vinculación que hemos señalado al comenzar este trabajo entre los conceptos de red (social y familiar), apoyo/manejo y *self*, ha quedado de manifiesto.

En este trabajo nos hemos concentrado en los casos extremos, es decir, en aquellos que de manera muy nítida muestran la relación que existe entre el tipo de redes sociales y el grado de sufrimiento y riesgo con que se maneja la vivencia del aborto. Pero hay un número de entrevistas donde esta asociación es más borrosa y que requieren de una labor de desentrañamiento más fina.

Un análisis como el que hemos propuesto en este trabajo nos permite también comprender que los casos de aborto, que desde el punto de vista del médico que los atiende en el Hospital se presentan como similares, son en realidad muy diferentes entre sí, pues cada uno de ellos varía en función del tipo de manejo que hacen las mujeres sobre su situación, lo cuál a su vez se asocia a diversos grados de sufrimiento y riesgo personal. Cada caso de aborto no es sino la expresión particular de un contexto y una trama. Cada caso constituye un drama específico que puede comprenderse mejor si se visualizan también las dimensiones sociales — como la red social, la persona y la capacidad de manejo — que lo constituyen. Sólo así estaremos en mejores posibilidades de trascender el lugar común de atribuir la causa de los problemas de los y las usuarias de servicios de salud a un mero problema de “educación”, y podremos imaginar e implementar intervenciones más eficaces.

Recibido: octubre, 2002

Revisado: febrero, 2003

Correspondencia: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (UNAM)/Apartado Postal 4-106/C.P. 62431 Cuernavaca, Mor./México/Tel.: (52 777) 329 18 53/correo electrónico: rcastro@servidor.unam.mx

Bibliografía

- Barrera, Manuel Jr. (1986), “Distinctions Between Social Support: Concepts, Measures, and Models”, *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, núm. 2, pp. 117-128.

- Berkman, Lisa F., Thomas Glass, Ian Brissette y Teresa E. Seeman (2000), "From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millenium", *Social Science & Medicine*, vol. 51, pp. 843-857.
- Berkman, Lisa F. y S. Leonard Syme (1979), "Social Networks, Host Resistance, And Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents", *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, núm. 2, pp. 186-204.
- Blumer, Herbert (1969), *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall.
- Bronfman, Mario (2000), *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, Cuernavaca, CRIM/UNAM.
- Bury, Michael (1982), "Chronic Illness as Biographical Disruption", *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, núm. 2, pp. 167-182.
- Cassel, John (1976), "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance", *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, pp. 107-123.
- Castro, Roberto, A. Ruiz, L. M. Arenas, S. Juárez, N. Barrios (2002), "Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del IMSS: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad", *Papeles de Población (segunda época)*, núm. 31, pp. 241-264.
- Castro, Roberto (2000), *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Cuernavaca, CRIM/UNAM.
- Castro, Roberto, Lourdes Campero y Bernardo Hernández (1997), "La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos", *Revista de Saúde Pública*, vol. 31, núm. 4, pp. 425-35.
- Charmaz, Katherinne (1983), "Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill", *Sociology of Health and Illness*, vol. 5, núm. 2, pp. 168-195.
- Cobb, Samuel (1976), "Social Support as a Moderator of Life Stress", *Psychosomatic Medicine*, vol. 38, pp. 300-314.
- Cohen, Sheldon y Leonard Syme (1985), *Social Support and Health*, Nueva York, Academic Press.
- Conapo (Consejo Nacional de Población) (2000), *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*, México, Conapo.
- DGE-SSA (Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud) (1999), "Estadísticas de mortalidad relacionadas con la salud reproductiva. México 1997", *Salud Pública de México*, vol. 41, pp. 138-142.
- Due, Pernille, Bjorn Holstein, Rikke Lund, Jens Modvig y Kirsten Avlund (1999), "Social Relations: Network, Support and Relational Strain", *Social Science and Medicine*, vol. 48, pp. 661-673.
- Ell, Kathleen (1996), "Social Networks, Social Support and Coping with Serious Illness: the Family Connections", *Social Science and Medicine*, vol. 42, pp. 173-183.
- Gerhart, Uta (1979), "Coping and Social Action: Theoretical Reconstruction of the Life-Event Approach", *Sociology of Health and Illness* vol. 1, núm. 2, pp. 195-221.
- Henshaw, Stanley K., Susheela Singh y Taylor Haas (1999), "The Incidence of Abortion Worldwide", *Family Planning Perspectives*, vol. 25 (Suplemento), pp. S30-S38.

- House, James S., Karl R. Landis y Debra Umberson (1988a), "Social Relationships and Health", *Science*, vol. 241, pp. 540-545.
- House, James S., Debra Umberson y Karl R. Landis (1988b), "Structures and Processes of Social Support", *Annual Review of Sociology*, vol. 14, pp. 292-318.
- Leyva-F. R., L. M. Kageyama y J. Erviti (2001), "How People Respond to Illness in Mexico: Self-Care or Medical Care?", *Health Policy*, 57, pp. 15-26.
- Leyva-F. R., M. Bronfman y J. Erviti (2000), "Simulated Clients in Drugstores: Prescriptive Behavior of Drugstore Attendants", *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, vol. 17, núm. 3, pp. 151-158.
- Mead, George (1979), *Espíritu, persona y sociedad*, Buenos Aires, Paidós.
- Muller, Daniel P. (1980), "Social Networks: A Promising Direction for Research on the Relationship of the Social Environment to Psychiatric Disorder", *Social Science and Medicine*, vol. 14A, pp. 148-157.
- Pearlin, Leonard I. (1989), "The Sociological Study of Stress", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, pp. 241-256.
- Pearlin, Leonard I. y Carmi Schooler (1978), "The Structure of Coping", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 19 (marzo), pp. 2-21.
- Seidel, John (1998), *The Ethnograph V5.0. A Users's Guide*, Amherst, Qualis Research Associates.
- Singh, Susheela y Deirdre Wulf (1994), "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, (número especial), pp. 3-13.
- Sluzki, Carlos E. (1996), *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona, Gedisa.
- Taedy, Charles H. (1985), "Social Support Measurement", *American Journal of Community Psychology*, vol. 13, núm. 2, pp. 27-36.
- Thoits, Peggy A. (1985), "Social Support Processes and Psychological Well-Being: Theoretical Possibilities", en I. G. Sarason y B. Sarason (eds.), *Social Support Theory, Research and Applications*, The Hague, Netherlands, Martinus Nijhof, pp. 51-72.
- Thomas, W. I. (1928), *The Child in America*, Nueva York, Knopf.
- Vaux, Anthony (1990), "The Assessment of Social Support", *Simposium Internacional The Meaning and Measurement of Social Support*, Mayo 9-11, Frankfurt, Alemania.
- Weber, Max (1968), *Economy and Society. An Outline of Interpretive Sociology*, Nueva York, Bedminster Press.

