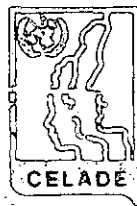


George Martine

Formación de la Familia
y
Marginalidad Urbana
en
Río de Janeiro

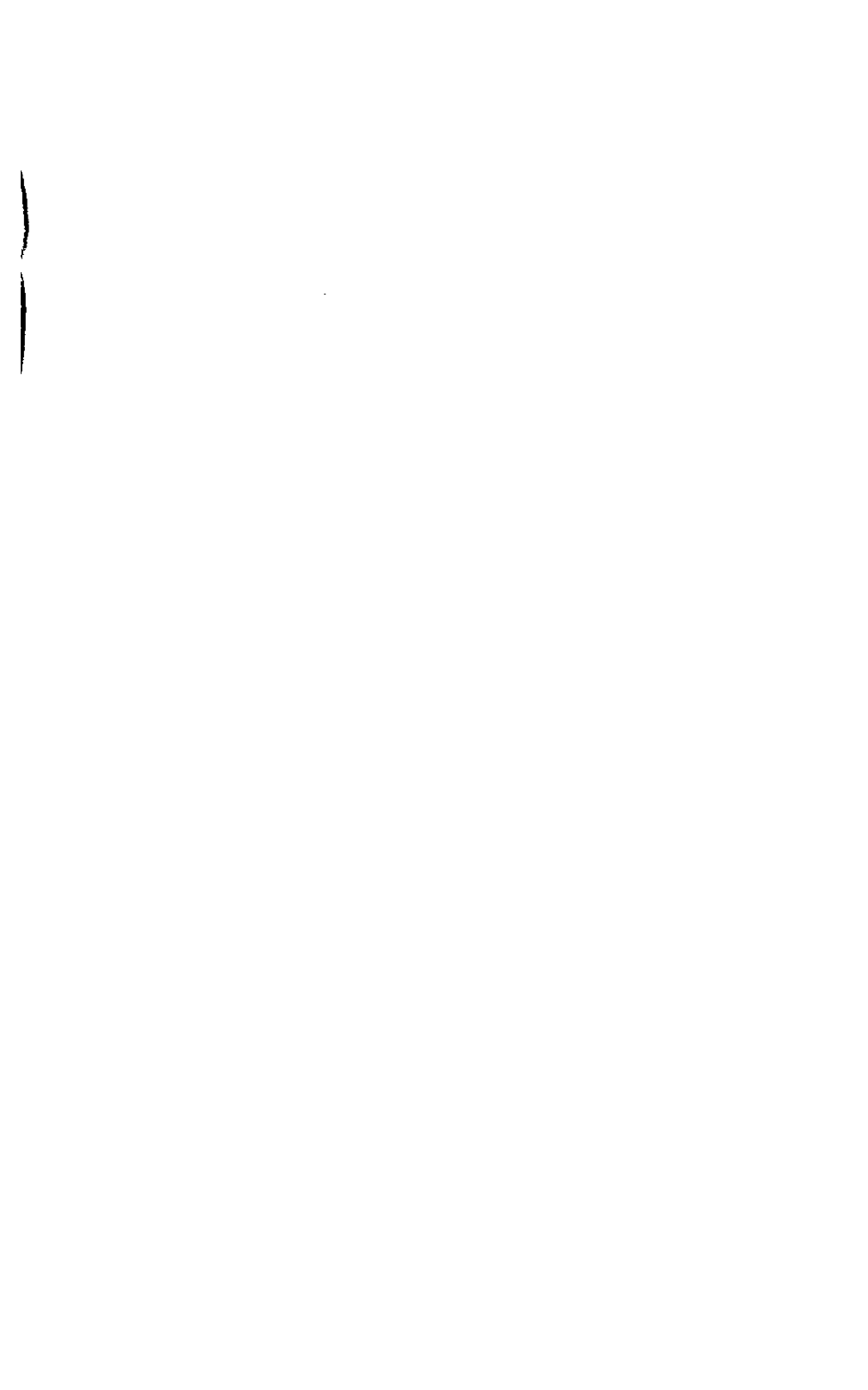


CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA



**FORMACION DE LA FAMILIA Y MARGINALIDAD
URBANA EN RIO DE JANEIRO**





12 MAY 1975

E. 16

E. 1

George Martine

FORMACION DE LA FAMILIA
Y MARGINALIDAD URBANA
EN RIO DE JANEIRO



CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Santiago de Chile, 1975

CENTRO LATINOAMERICANO
DE DEMOGRAFIA

12 MAY 1975

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

**CELADE: J.M. Infante 9. Casilla 91. Teléfono 257806
Santiago (Chile)**

**CELADE: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Apartado Postal 5249
San José (Costa Rica)**

PRESENTACION

Durante la década del 60, luego de un período de escasas investigaciones empíricas en el campo de la fecundidad, se realizaron en América Latina cerca de treinta grandes encuestas sobre fecundidad y planificación de la familia, conocidas como encuestas CAP. Muchas de éstas eran comparativas y efectuadas por instituciones nacionales con la asistencia y la coordinación de CELADE a través de su Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL). La primera serie de ellas, PECFAL-Urbano, obtuvo información, alrededor del año 1964, de mujeres de siete capitales; mientras que la segunda serie, PECFAL-Rural, recopiló datos alrededor de 1969, sobre muestras nacionales de mujeres que vivían en áreas rurales y en pequeñas áreas urbanas de cuatro países. Esta etapa inicial de investigación de la fecundidad en América Latina puso mayor énfasis en la recolección de datos cuantitativos descriptivos con muestras autoponderadas, respecto a muchos tópicos diferentes de la población en edad fértil. El estudio de factores explicativos recibió menor atención, dado que el acercamiento requería una indagación intensiva de tópicos específicos usando muestras especializadas.

Existe una necesidad de complementar las encuestas descriptivas PECFAL y otras CAP mediante la realización de estudios intensivos que intenten avanzar en la búsqueda de la explicación del fenómeno descrito. En América Latina es especialmente importante ahora, cuando se están desarrollando nuevos marcos teóricos, la recolección de información cualitativa sobre tópicos específicos de muestras especialmente seleccionadas, mediante el uso de metodologías empíricas que combinan técnicas antropológicas y sociológicas.

Dado el papel que CELADE desempeñaba estimulando la investigación a través de encuestas durante la fase inicial del estudio de la fecundidad en la región, en este momento el Centro considera de importancia la publicación de este libro de George Martine, quien fue uno de los primeros en sentir la necesidad de obtener información cualitativa orientada hacia la explicación y llevar a cabo un estudio en América Latina para obtener dichos datos. En su libro, Martine describe y analiza, en detalle, historias de casos que recopiló, a mediados de 1969, de mujeres de clase baja en Río de Janeiro.

Con la grabación de 338 entrevistas en profundidad fue posible aclarar el significado de las respuestas, que a menudo se pierde en los

encuestas CAP a causa de la cuantificación prematura. Por ejemplo, uno se pregunta cómo las encuestas CAP de la década del 60 hubieran registrado el tamaño de la familia de Renata, uno de los casos descritos detalladamente por Martine. Antes de su matrimonio, ella había considerado que "sería bonito" tener dos hijos, pero también declaró que "es imposible planear el tamaño de la familia porque nunca sabemos cuántos hijos quiere Dios que tengamos".

Martine encontró que la gran mayoría de su muestra seleccionada de las mujeres de clase baja de Río parecía querer tener familias pequeñas, aunque, como se observa en las declaraciones de Renata, existe mucha ambigüedad e incertidumbre. El autor nota una gran brecha entre esta aparente aspiración a un determinado tamaño de la familia y la práctica actual, la que atribuye al conocimiento incompleto del uso de métodos anticonceptivos, recursos inadecuados e inestabilidad matrimonial. La capacidad para regular efectivamente el tamaño de la familia y el espaciamiento entre hijos no dependía tanto de los métodos utilizados, sino de la motivación y capacidad para usarlos.

Los descubrimientos de Martine a nivel de casos individuales demuestran en términos humanos la conveniencia de proporcionar servicios de planificación de la familia a los sectores que carecen de ellos y dejan también en claro que el éxito en el uso de dichos servicios para lograr las aspiraciones del tamaño de la familia está relacionado en gran parte con las situaciones estructurales en que las familias están insertas. En consecuencia, los problemas de las mujeres como individuos, tan vívidamente descritos por Martine, están relacionados, como es lógico, con el cambio estructural y el desarrollo socio-económico de la sociedad.

Centro Latinoamericano
de Demografía

I. PROPOSITOS Y METODOS DE ESTUDIO

1. Introducción

Los procesos demográficos dependen, en último término, del comportamiento de los individuos. Sin embargo, al analizar la dinámica poblacional en términos estadísticos globales, muy a menudo se pierde de vista la dimensión personal subyacente en estos cambios. En este estudio se intentan superar los límites de un análisis estadístico sintético a fin de apreciar mejor la complejidad de los determinantes de la fecundidad y, a la vez, revelar algo de las experiencias humanas que acompañan inevitablemente a los cambios en el comportamiento demográfico. El diseño de la investigación está orientado hacia un análisis en profundidad de las reacciones individuales en el contexto del proceso de transición demográfica y en especial hacia un grupo de individuos que están particularmente afectados por las dificultades y ambivalencias de la conducta transicional.

Esencialmente las preguntas que aquí se plantean son las siguientes: ¿De qué modo inciden los problemas de la formación de la familia en la vida de los individuos de condición socio-económica baja en una zona urbano-industrial en desarrollo? ; ¿Cuáles son sus actitudes, motivaciones, temores, esperanzas y frustraciones con respecto a la formación y planificación de la familia? ; ¿Quiénes y en qué circunstancias intentan planear racionalmente el tamaño de su familia? ; ¿Cómo se realizan estos intentos? ; ¿Qué factores condicionan el éxito diferencial y la secuencia temporal de los esfuerzos para controlar el tamaño y el espaciamiento de su prole? ; ¿De qué modo las múltiples limitaciones propias de los niveles de vida de las clases bajas afectan sus aspiraciones y actividades en la formación de la familia?

En suma, este libro constituye un esfuerzo para explorar y describir como un grupo de individuos de la clase baja se comportan en relación a la formación y a la planificación de la familia.^{1/} La información en que

^{1/} A través de toda esta obra, "planificación familiar" denota el esfuerzo hecho por el individuo por ejercer cierto control sobre el tamaño y el espaciamiento de su prole. Puesto que para muchas personas la procreación es un asunto totalmente no planificado e incluso casual, el término "formación de la familia" se usa aquí como término más genérico para incluir todas las actividades que, consciente o inconscientemente afectan el número y el espaciamiento de los hijos tenidos por un individuo.

se basa fue obtenida mediante entrevistas prolongadas a 338 mujeres jóvenes, de baja condición socio-económica, de la ciudad de Río de Janeiro.^{2/}

2. *Pertinencia e implicaciones del estudio*

La relación entre el desarrollo económico y social y el crecimiento de la población es actualmente motivo de arduas discusiones. Las interpretaciones en cuanto a las funciones o disfunciones de las diversas tasas de crecimiento son muy variables. Una gran parte de la discusión sobre los efectos del crecimiento de la población en el desarrollo, particularmente en América Latina, se expresa en términos políticos e ideológicos, pero incluso esta polémica es poco fructífera en un clima de ignorancia o de información errónea.

El presente estudio, aunque no se ocupa de modo directo de población y desarrollo económico, analiza las reacciones individuales frente a la fecundidad, reacciones que, en último término, determinarán las tendencias del crecimiento de la población en el futuro. En efecto, a pesar de todas las polémicas, ningún gobierno se ha atrevido hasta aquí a dictaminar sobre el número de hijos que deben tener las personas (aunque varios han hecho esfuerzos por influir sobre las tasas de fecundidad de su propio país o sobre las de otros a través de campañas, sanciones e incentivos). Por consiguiente, si las tasas de fecundidad de un determinado país o área cambian, esta alteración se puede atribuir al comportamiento de los individuos y, por último, a las actitudes y motivaciones que lo condicionan. En forma semejante, para comprender o predecir el comportamiento con respecto a la fecundidad, es imperativo comprender cómo reaccionan los individuos frente a las diversas y conflictivas presiones que se ejercen sobre su comportamiento en relación a la formación de la familia.

No obstante, la mayor significación del presente estudio probablemente sea la de proporcionar la oportunidad de dar a conocer, al menos parte de los problemas, dificultades, aspiraciones y luchas que caracterizan a las personas de la muestra. La estructura etiológica de las múltiples dificultades que enfrentan estas personas evidentemente trasciende los límites del análisis micro demográfico y debe enfatizarse desde el inicio que no se pretende aquí sugerir que la planificación familiar

^{2/} Cabe observar que, técnicamente, la ciudad de Río de Janeiro está constituida por la zona poblada dentro del estado de Guanabara, antiguo Distrito Federal del Brasil. La entidad conocida como el Área del Gran Río incluye a la ciudad de Río de Janeiro, más un gran número de ciudades satélites que están situadas en el estado colindante de Río de Janeiro. Aunque las encuestadas residen en todos los sectores del Área del Gran Río de Janeiro, las entrevistas fueron todas llevadas a cabo en instituciones ubicadas dentro de la ciudad de Río de Janeiro y resultará más conveniente referirse al área de estudio simplemente como "la ciudad de Río" a lo largo de toda esta obra.

constituye una especie de panacea para el bienestar individual o colectivo.

Sin embargo, es probable que muchas facetas del comportamiento impuesto por las condiciones de vida en los estratos bajos se reflejen en el sector socio-demográfico al mismo tiempo que éste contribuye a agravar otras manifestaciones de los problemas causados por la pobreza estructural.^{3/} En este caso, es lamentable que las discusiones sobre planificación familiar estén cargadas de connotaciones políticas tales, que las clases bajas se convierten en simples peones de un ajedrez que se juega con ideologías, pildoras, DIUS, amenazas de revolución o de sanciones económicas, etc. Se presta muy poca atención tanto a lo que estas personas realmente desean como a la forma en que actúan.

3. *El enfoque y la muestra*

En el apéndice A se presentan informaciones detalladas sobre la muestra, su relación con el marco teórico y en general sobre los aspectos metodológicos de este estudio. Sin embargo, resulta necesario sintetizar aquí algunos aspectos esenciales de los objetivos y métodos de esta investigación.

El interés se centró fundamentalmente en la comprensión del comportamiento reproductivo dentro del contexto de las circunstancias concretas de la vida de cada individuo. Con este propósito, se optó por emprender el análisis intensivo de un pequeño número de casos, elegidos más bien en mérito a su relevancia y accesibilidad que a su representatividad estadística.

Pero la selección del presente enfoque y marco de referencia fue simultáneamente sugerida por la reflexión de que una proporción substancial de los estudios de fecundidad se venían obligados, por la situación de entrevista en su muestra, a dejar de lado sectores particulares de investigación que tienen una relación trascendental con los procesos de planificación familiar y de formación de la familia en las clases bajas en Brasil y probablemente en otras áreas en desarrollo.

Por ejemplo, el papel del aborto inducido en los intentos de planificación familiar, por lo general ha sido considerado como demasiado "delicado" o "cargado emocionalmente" para ser investigado en forma sistemática. Sin embargo, no cabe duda que es un recurso vital en las prácticas de planificación familiar en todo el mundo. Además, una gran cantidad de encuestas de fecundidad están dirigidas específicamente a uniones matrimoniales de una estabilidad relativa, con lo que quedan descartadas dos áreas de interés vital: el efecto de la estabilidad e inestabilidad matrimonial en la planificación familiar y el papel desempeñado

^{3/} Para descripciones más completas de la vida marginal en contextos globales, véanse las varias obras clásicas de Oscar Lewis, y más recientemente Carmen Rincón. Sevilla: *Vidas Marginales*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1972.

por las uniones sexuales transitorias en la dinámica global de formación de la familia en determinados grupos.

Por último, es obvio que el comportamiento sexual tiene una influencia directa en la fecundidad. No obstante, salvo escasas excepciones, ese tópico también ha tenido que ser excluido de la rutina normal de la encuesta por muestreo a fin de minimizar la posibilidad de rechazo por parte de las encuestadas. En resumen, varios factores claves no pueden ser investigados rutinariamente dentro del marco de las muestras representativas convencionales a gran escala, a pesar de su significación evidente, en especial dentro del contexto de las clases bajas. El reconocimiento de este hecho contribuyó a reforzar la decisión de seleccionar a un pequeño grupo de encuestadas cuyas historias individuales serían de especial pertinencia, y de entrevistarlas en condiciones de máxima accesibilidad.

Resumiendo, dados los objetivos del estudio, se delinearon los siguientes requisitos principales de la muestra: 1) relevancia de las historias de casos individuales respecto a los objetivos de la investigación, y 2) su accesibilidad física y psicológica. Para maximizar ambas características, la muestra se limitó a mujeres entre 25 y 30 años de edad que asistían a las clínicas prenatales de dos grandes maternidades para mujeres de clase baja y a un grupo similar de mujeres que acudían a una clínica de planificación familiar de clase baja. Las encuestadas fueron seleccionadas entre las clientes de esas edades de las tres instituciones. Las cuatro entrevistadoras que compilaron las 338 historias de casos que sirven de base para este estudio utilizaron un cuestionario semi-estructurado y una grabadora para obtener la información que se presenta aquí.

4. Las encuestadas

A fin de situar a la población de la muestra en un contexto más definido, sería provechoso describir brevemente algunas de sus características más sobresalientes.^{4/}

^{4/} El lector observará que no se hace ninguna referencia aquí, ni en ningún otro lugar de este libro, al color de las encuestadas. Esta omisión intencional es el resultado de las siguientes consideraciones. Primero, la identificación racial es una operación delicada y subjetiva en la mejor de las circunstancias. Segundo, y más importante, existe consenso entre los científicos sociales locales, familiarizados con esta materia, de que la raza, en el Brasil, se define más bien social que biológicamente. Por consiguiente, en vista de que el presente estudio enfoca a un grupo socio-económico limitado, era poco lo que podía ganarse poniendo énfasis en una variable de importancia secundaria que, además, es difícil de definir en términos operacionales definidos.

a) *Condición Socio-Económica.*^{5/} De acuerdo a una escala de cinco puntos elaborada para este estudio, el 32 por ciento de las informantes pertenece a la clase baja-baja; el 50 por ciento, a la clase baja-medía, y el 18 por ciento, a la clase baja-alta. ¿Qué significan estas categorías en términos de niveles concretos de vida?

Las encuestadas de la clase baja-baja son las que se encuentran en una situación económica inequívocamente marginal. En forma típica, las mujeres de este grupo viven en las *favelas* en viviendas provisorias (barracos) de una sola pieza, en donde caben apenas los elementos mínimos para cocinar, comer y dormir. Son a menudo analfabetas y complementan los ingresos bajos y crónicamente inestables de sus esposos prestando servicios como lavanderas o empleadas para la limpieza, y eso cuando pueden encontrar trabajo. El ingreso familiar total en este grupo rara vez sobrepasa el salario mensual mínimo legal (aproximadamente US\$ 36,00 a la fecha de la encuesta) y, puesto que el número de personas en el hogar es a menudo grande, el hambre y las privaciones forman parte de la realidad cotidiana.

Las informantes de la clase baja-medía constituyen la mitad de toda la muestra. Por lo general, viven en barracas algo menos rudimentarias, pero siempre atestadas en lugares de difícil acceso, que contienen una cocina a gas, un radio y quizás algún otro artefacto eléctrico. La encuestada típica de este grupo ha completado algunos años de escuela; su marido trabaja en forma estable en una ocupación calificada o semicalificada, con un sueldo considerablemente más alto que el salario mínimo legal. El ingreso familiar total varía por lo general entre US\$ 50,00 y 60,00 mensuales. En suma, las mujeres de este grupo han sobrepasado en algo el nivel de vida de subsistencia, pero de todos modos gozan de muy pocas comodidades.

Las informantes de la clase baja-alta gozan de una posición relativamente privilegiada con respecto a todos esos indicadores. Los ingresos estables, derivados de ocupaciones calificadas o semicalificadas o de empresas privadas a pequeña escala, les permiten vivir en casas más cómodas o en departamentos, y poseer algunos artículos costosos, tales como refrigeradores o aparatos de televisión. La encuestada típica en este grupo tiene estudios superiores a los de la escuela elemental y está mejor informada sobre asuntos de actualidad.

b) *Migración.* Las tres cuartas partes de las encuestadas en esta muestra

^{5/} Véase el Apéndice C para detalles de las escalas socio-económicas utilizadas aquí. Por conveniencia en la fraseología y de acuerdo con los usos comunes, "clase" se considerará aquí como sinónimo de "estrato", es decir, se referirá únicamente a una posición socio-económica relativa sin una connotación de intereses o actividades compartidas.

son inmigrantes de fuera del Area del Gran Río. Casi la mitad de ellas nació en zonas rurales y la cuarta parte nació en ciudades grandes. Más del 50 por ciento de todas las migrantes provenía de los Estados de la región suroriental, particularmente de los vecinos Estados de Río de Janeiro y Minas Gerais, mientras que otro 30 por ciento había nacido en los Estados nororientales.

La proporción de migrantes observada en la muestra es bastante alta si se compara con la proporción conocida de migrantes en la población total. En el Estado de Guanabara, según el censo de 1960, las migrantes constituían exactamente el 50 por ciento de toda la población femenina en el grupo de edades de 20-29 años.^{6/} Esta mayor proporción de migrantes en la muestra es probable que pueda explicarse, en gran parte, por la migración selectiva; la mayoría de los migrantes jóvenes son mujeres de clase baja que vienen a Río en busca de ocupación como empleadas domésticas o como obreras fabriles no calificadas, y este grupo, por lo tanto, está sobre representado entre las mujeres de clase baja. Otro factor que podría contribuir a esto sería las tasas más elevadas de fecundidad de las mujeres migrantes, que harían que una proporción mayor de ellas buscara los servicios de las clínicas prenatales en el momento.

c) *Estado civil.* La mayoría de las encuestas de fecundidad se limita casi exclusivamente a las parejas casadas, o a las parejas casadas y las uniones consensuales. En las sociedades donde las uniones maritales estables son las que tienen una proporción abrumadora de todos los nacimientos, tal sistema es enteramente satisfactorio. Pero si, como sucede a menudo entre los brasileños de clase baja, las uniones consensuales, las uniones múltiples, las uniones temporales y la inestabilidad matrimonial son frecuentes, resulta obvio que el análisis de la conducta con respecto a la fecundidad no puede prescindir de la investigación de la planificación y de la formación familiares en todos los tipos de uniones posibles. En el momento de esta encuesta, el 45 por ciento de todas las entrevistadas estaban casadas por primera vez; el 14 por ciento vivía su primera unión consensual; el 29 por ciento, una unión distinta de la primera, mientras que el 12 por ciento no vivía con ningún compañero, aunque fueron entrevistadas en una clínica prenatal o de planificación familiar. En conjunto, cuando tuvieron su primera unión sexual, el 5 por ciento de las mujeres encuestadas era menor de 15 años de edad; el 50 por ciento tenía entre 15 y 19 años; el 32 por ciento tenía entre 20 y 24 años, y el 13 por ciento restante tenía entre 25 y 29 años de edad.

^{6/} Véase George Martine: *Internal Migration and its Consequences: The Case of Guanabara State*, Ph.D. Dissertation in Sociology, Brown University, 1969, pág. 164.

Para prevenir posibles ambigüedades, debe recalcar que el foco de análisis de este estudio se centra en las mujeres más bien que en la pareja conyugal. En realidad, nos ocupamos primariamente de las actividades procreativas y de control de la natalidad de mujeres que pueden haber realizado o no estas actividades mientras integraban una unión estable o mientras formaban parte de esa unidad clásicamente definida como "la familia".⁷⁾ Por tanto, en este libro el término "familia" no implica al progenitor masculino y se referirá en forma primordial a la encuestada y a sus hijos.

d) *Religión.* Cuando se les preguntó respecto a su filiación religiosa, el 77 por ciento de las mujeres contestó que eran católicas; el 9 por ciento, protestantes; el 8 por ciento, espiritistas o umbadistas, y el 6 por ciento dijo que no tenía religión. Entre las católicas, el 18 por ciento concurría a servicios religiosos por lo menos dos veces al mes o compensaba su inasistencia por otras prácticas religiosas regulares, por lo que se les consideró como católicas practicantes. Al 42 por ciento se las clasificó como católicas practicantes irregulares; éstas entrevistadas respondieron que asistían a servicios religiosos una vez al mes o menos, lo más probable, con ocasión de bautizos, matrimonios o funerales. Por último, el 40 por ciento de las informantes que se declararon católicas asistían a servicios religiosos sólo en contadas ocasiones y a acontecimientos tales como las procesiones anuales; a estas mujeres se las clasificó como católicas nominales.

5. Esquema de análisis

El resto de esta obra se dividirá en dos partes que corresponden, en forma aproximada, pero no exclusiva, a los métodos cualitativos y cuantitativos de análisis. En la primera sección, que se compone de los capítulos 2 a 5, se elabora una clasificación de las encuestadas de acuerdo con sus tentativas y éxito en planificación familiar. Diversas categorías son definidas e ilustradas con estudios de casos detallados, en un esfuerzo por proporcionar una descripción minuciosa de la variedad de factores y circunstancias que afectan a las actividades concretas de formación y planificación familiares.

En la segunda parte, la atención se trasladará a la investigación más detallada de la forma en que factores específicos afectan el comporta-

⁷⁾ Por ejemplo, la definición clásica de la familia de Murdock reza de la siguiente manera: "adultos de ambos sexos, dos de los cuales, por lo menos, mantienen una relación sexual aprobada, y uno o más hijos, propios o adoptados, de los adultos que cohabitan sexualmente". G.P. Murdock: *Social Structure*, Nueva York, MacMillan, 1949, pág. 7. Este tipo de definición obviamente tiene escasa aplicación en las circunstancias presentes.

miento reproductivo, utilizando las categorías anteriormente establecidas en la primera parte como prisma a través del cual se enfocarán los patrones subyacentes. En esa sección se centrará la atención en las actitudes y motivaciones predominantes en la formación de la familia, en el conocimiento y uso de las técnicas de control de la fecundidad y en la influencia de las formas predominantes de la organización conyugal en las prácticas de formación de la familia.

Primera Parte

FORMACION DE LA FAMILIA EN LAS CLASES BAJAS: HISTORIA DE CASOS

Introducción

El propósito principal de esta primera parte será describir el comportamiento de las encuestadas respecto a la formación y a la planificación de la familia en el contexto concreto de la vida cotidiana. Las preguntas centrales que se plantean pueden formularse de la siguiente manera: ¿Qué individuos se fijan algún tipo de metas en cuanto al tamaño de la familia y quiénes dejan que la naturaleza simplemente siga su curso? ¿Qué personas tienen el número de hijos que desean cuando los desean? ¿Cómo logran esas metas? ¿Quiénes fracasan en su empeño por planear el tamaño de su familia? ¿De qué forma el modo de vida de estas personas afecta sus intentos de planificación? A su vez, ¿en qué forma son afectadas sus vidas por la planificación y por la procreación?

En suma, en los próximos capítulos se situará el comportamiento de fecundidad dentro del contexto de las circunstancias concretas de la vida. Con este propósito, se presentarán varios estudios de casos, que ilustran una variedad de acciones y de condicionamientos.

Como un medio de organizar los materiales para los estudios de casos, las entrevistadas fueron clasificadas inicialmente en cuatro categorías generales, de acuerdo a sus intentos y a sus realizaciones en relación con la planificación familiar:

- 1) las que planifican su familia a través de métodos anticonceptivos;
- 2) las que la planifican mediante el aborto;
- 3) las que la planifican utilizando el aborto y la anticoncepción, y
- 4) las que no planifican su familia.

A su vez, en cada uno de estos grupos se consideraron varias categorías. En el caso de las que no planificaban su familia se delimitaron cuatro subgrupos: las de carácter no-planificadoras voluntarias; las no-planificadoras temporales; las no-planificadoras involuntarias, y las mujeres subfértiles. Los otros tres grupos fueron sub-divididos de acuerdo a la etapa en que las mujeres comenzaron sus intentos de planificación familiar y a la efectividad de estos intentos.

Los diversos términos y clases aquí mencionados se definirán más adelante. Sin embargo, por el momento, puede resultar provechoso proporcionar una descripción resumida de la condición actual de planificación de las entrevistadas, como un antecedente para ulteriores discusiones. En el cuadro 1 se observa que poco más de la mitad de todas las mujeres de clase baja entrevistadas ha realizado un esfuerzo serio por regular sus actividades procreativas; la mayoría de éstas, sólo a través de la anticoncepción. El resto de las entrevistadas (un 48 por ciento) nunca había realizado un intento sostenido de planificación familiar. De ellas, las no-planificadoras involuntarias constituyen el grupo más grande mientras que las no-planificadoras voluntarias constituyen sólo el 2 por ciento de toda la muestra.

Antes de proceder a un análisis e ilustración más detallados de estas categorías, es conveniente hacer algunas aclaraciones de los procedimientos de clasificación utilizados aquí. Las entrevistadas fueron distribuidas en los diversos grupos sobre la base de sus respuestas a varias preguntas claves en relación a sus actitudes, reacciones y actividades de formación y de planificación familiares. El contenido de cada entrevista fue evaluado en conjunto, considerando especialmente las respuestas que se refieren de modo directo a los siguientes aspectos: actitudes generales y específicas respecto al tamaño de la familia y a la planificación familiar; conocimiento y uso de anticonceptivos o del aborto, o de ambos; razones para el uso o no uso de las técnicas de control de la fecundidad; intenciones futuras con respecto a la planificación familiar; reacciones ante el embarazo. ^{8/}

Cabe observar que la distribución de las entrevistadas en las diversas categorías se efectuó sobre la base de su status en relación con la planificación familiar al momento de la encuesta, el cual evidentemente está sujeto a modificaciones en el tiempo. Por consiguiente, los tipos de actividades de planificación familiar descritos en las páginas siguientes constituyen una descripción estática del comportamiento en un grupo determinado de mujeres entre 25 y 30 años de edad.

También cabe decir algunas palabras sobre la selección de los casos individuales presentados en los capítulos siguientes. Como se observó anteriormente, esta primera parte está destinada de manera específica a

^{8/} Más específicamente, la clasificación de las encuestadas en estas diversas categorías se basó directamente en las preguntas 2.8, 3.1 a 3.11, 5.1 a 5.8, 7.6, 7.9, 7.10, 8.1 a 8.6 (Véase el cuestionario en el apéndice C). Además, todas las otras preguntas fueron consideradas durante el proceso de clasificación, puesto que, con frecuencia, las encuestadas daban información adicional sobre sus actitudes y actividades respecto a la planificación familiar mientras contestaban preguntas sobre otros tópicos.

Cuadro I
STATUS DE PLANIFICACION
(Como porcentaje de la muestra total)

Efectividad y secuencia temporal	Planificadoras				Total de planificadoras	No-planificadoras	
	Planificación a través de anticoncepción	Planificación a través del aborto y anticoncepción	Planificación a través del aborto				
Tempranas	Exitosas	3,9	0,5	3,5	8,0	Mujeres subfértiles	11,8
	Parcialmente exitosas	5,6	0,5	7,7	13,8		
	No exitosas	7,4	0,5	3,5	11,5	No-planificadoras temporales	13,6
	<i>Total</i>	<i>16,9</i>	<i>1,8</i>	<i>14,7</i>	<i>33,4</i>		
Tardías	Exitosas	0,5	—	1,2	1,8	No-planificadoras voluntarias	2,1
	Parcialmente exitosas	4,4	0,3	1,5	6,2		
	No exitosas	8,0	0,5	2,4	11,0	No-planificadoras involuntarias	20,1
	<i>Total</i>	<i>13,0</i>	<i>0,9</i>	<i>5,1</i>	<i>19,0</i>		
<i>Total planificadoras</i>		<i>29,9</i>	<i>2,7</i>	<i>19,8</i>	<i>52,4</i>	<i>Total no-planificadoras</i>	
<i>Número de casas</i>		<i>(101)</i>	<i>(9)</i>	<i>(67)</i>	<i>(177)</i>	<i>47,6</i> <i>167</i>	

la descripción e ilustración, por medio de estudios de casos, de las circunstancias que condicionan los diversos tipos de comportamiento con respecto a la planificación familiar. Evidentemente, no sería práctico presentar una gran proporción de los 338 estudios de casos que integran esta investigación.^{9/} Al elegir los casos que se exponen en las páginas siguientes, se hizo un esfuerzo por seleccionar historias de casos que proporcionaran la mayor comprensión en cuanto a las actividades de formación de la familia y que a la vez constituyeran un cuadro representativo de los patrones típicos de comportamiento en cada una de las categorías.

En suma, en los capítulos siguientes se pretende clasificar a las entrevistadas en categorías significativas de acuerdo a su comportamiento con respecto a la fecundidad y dar ejemplos de las circunstancias características que rodean a las actividades de formación familiar en cada uno de estos grupos. Este procedimiento, en el contexto de la presente investigación, sirve tres propósitos:

En primer lugar, las diversas categorías que aquí se establecen servirán de base para el análisis sistemático que se realizará en la segunda parte. Cada una de esas categorías será usada repetidamente para enfocar la atención en los patrones y factores predominantes que determinan diferenciales en el uso, la secuencia temporal y la efectividad de la planificación familiar.

En segundo lugar, los estudios detallados de casos tienen la ventaja de sugerir áreas fructíferas para ser investigadas en forma más minuciosa en la segunda parte.

Por último, los análisis del comportamiento con respecto a la fecundidad que son formulados en términos de interpretaciones estadísticas, aunque indispensables para la comprensión de las tendencias de la fecundidad, necesariamente reducen una problemática compleja, cambiante y personal a mediciones sumarias agregadas. Por tanto, el estudio de casos constituye un complemento valioso, ya que da oportunidad de penetrar en el conocimiento de las circunstancias concretas de la vida de cada individuo y de obtener cierta percepción de la intrincada red de factores que condicionan las respuestas personales frente a la procreación.

^{9/} El número de estudios de casos presentados es aproximadamente proporcional al número de mujeres en cada categoría; en conjunto, alrededor de una décima parte de todos los casos se describen en los capítulos siguientes.

II. LA FAMILIA NO PLANIFICADA

Cerca de la mitad de todas las encuestadas nunca ha realizado un esfuerzo serio por planificar el tamaño de su familia.^{10/} ¿Qué puede decirse de las 161 mujeres clasificadas aquí como no-planificadoras? ¿Eligen conscientemente no intervenir en los procesos de reproducción dictados por la naturaleza o es que su pasividad está determinada por la fuerza de circunstancias que escapan a su control ya sea parcial o totalmente? ¿Cuáles son sus preferencias respecto al tamaño de la familia? ¿Cómo reaccionan frente al embarazo y a la procreación? ¿En qué forma su situación socio-económica afecta sus decisiones e indecisiones respecto a la fecundidad y al tamaño de la familia?

Antes de todo, debe dejarse en claro que este tipo de preguntas no pueden ser respondidas en forma indiscriminada para todas las no-planificadoras. En realidad, algunas de estas mujeres nunca han utilizado técnicas de control de la fecundidad porque se oponen a ellas tanto en principio como en la práctica. Otras no han considerado mayormente el asunto porque son subfértiles o porque sólo recién han iniciado su historia marital o reproductiva. Otras habrían deseado controlar de alguna forma el tamaño de sus familias, pero a causa de una serie de impedimentos nunca han hecho progresos sustanciales en este sentido.

Por consiguiente, al discutir las actividades de formación familiar de las no-planificadoras, es necesario distinguir inicialmente por lo menos cuatro grandes grupos que pueden ser llamados: no-planificadoras voluntarias, mujeres subfértiles, no-planificadoras temporales y no-planificadoras involuntarias. Reviste cierta significación el hecho de que, como se

^{10/} Cabe observar que varias de las mujeres cuyas historias de caso son analizadas en este capítulo, han hecho, en realidad, tentativas pasajeras de anticoncepción, pero estas encuestadas no fueron clasificadas como usuarias de anticonceptivos porque sus esfuerzos fueron inconsistentes o de corta duración. Este es el caso de las mujeres subfértiles cuyas historias reproductivas se hallan dominadas más bien por la infecundidad que por la anticoncepción; de las mujeres recién casadas que realizan tentativas poco entusiastas por practicar la anticoncepción porque de todos modos no les importa tener hijos, y de mujeres de todos estos grupos que nunca han hecho uso de la anticoncepción por períodos más largos que dos meses.

Cuadro 2

DISTRIBUCION DE LAS NO-PLANIFICADORAS

	Nº de mujeres	Porcentaje de todas las no-planificadoras
Mujeres subfértiles	40	24,9
No-planificadoras temporales	46	28,6
No-planificadoras voluntarias	7	4,3
No-planificadoras involuntarias	68	42,2
<i>Total</i>	<i>161</i>	<i>100,0</i>

muestra en el cuadro 2, las no-planificadoras involuntarias constituyen la proporción más grande de todas las no-planificadoras. En orden de importancia, son seguidas por las no-planificadoras temporales, las mujeres subfértiles y las no-planificadoras voluntarias. En las páginas siguientes se define explícitamente cada uno de estos términos y se presentan estudios de casos que ilustran los patrones predominantes en cada categoría.

1. Las no-planificadoras involuntarias

A pesar de su deseo expreso de limitar y/o espaciar su prole, las entrevistadas en esta categoría no han hecho mayor esfuerzo por modificar el curso natural de la reproducción. Esas mujeres ya han alcanzado o sobrepasado lo que consideran como el tamaño ideal de su familia, pero, no obstante, no han usado ninguna forma de control de la natalidad o no han hecho uso de la anticoncepción por más de dos meses consecutivos.

Por lo general, la ausencia de prácticas anticonceptivas entre las mujeres de esta categoría puede atribuirse a alguna de las siguientes razones o a una combinación de ellas:

- a) conocimiento insuficiente de la anticoncepción o del proceso reproductivo, o de ambos;
- b) temor a un posible daño a la salud que ocasionarían los intentos de controlar la natalidad;
- c) falta de fondos para el uso de técnicas conocidas;
- d) prohibición de formas de anticoncepción por parte del esposo;
- e) temor al pecado, y
- f) inercia; es decir, en los asuntos de la reproducción, lo más fácil es no hacer absolutamente nada respecto a la planificación.

El no hacer uso de los métodos anticonceptivos de parte de las mujeres

de este grupo ocurre a pesar de una preferencia expresa (que a menudo no va más allá de un simple deseo) por un tamaño más pequeño de la familia, por un mayor espaciamiento entre los hijos o por una interrupción del embarazo o de la reproducción. Por consiguiente, este grupo incluye tanto a las encuestadas que han tenido múltiples embarazos y que manifiestan el deseo de hacer algo por regular su prole como a las embarazadas por primera vez cuando ese embarazo es totalmente indeseado.

Las no-planificadoras involuntarias constituyen el grupo más grande de la muestra. En total, 68 encuestadas, o sea el 20 por ciento de toda la muestra, fueron clasificadas en esta categoría. Sus actitudes, esperanzas, frustraciones y situaciones en la vida son ejemplificadas en los siguientes estudios de casos.

Felicia. El temor de que los métodos anticonceptivos podrían ser dañinos para su ya precaria salud, junto con la oposición claramente definida del marido a los métodos anticonceptivos son los principales motivos de la pasividad de Felicia^{11/} en la esfera de la planificación familiar. Antes de casarse, Felicia nunca había dedicado mayores pensamientos al tamaño deseado de familia, pero su marido había hablado a menudo de que le agradaría ser padre de dos niños y de dos niñas. Cuando fue entrevistada, Felicia estaba en su sexto embarazo en once años de matrimonio; uno de los bebés fue mortinato y otro murió a los pocos meses de edad. El embarazo actual fue recibido con alegría por su marido pero con estoica resignación por parte de Felicia: "No me sentí feliz, pero tampoco estaba triste; ya estaba embarazada, así es que no me quedaba otra cosa que resignarme".

Felicia espera que ésta sea su última gestación pero confía en el destino para que controle el tamaño de su familia: "Se me figura que ya me estoy poniendo vieja (N.B.: tiene 29 años) y espero que con éste acabare, pero no sé si podré arregármelas". No tiene intención de interferir en el curso natural de la reproducción, en parte a causa de un temor mal definido de que su cuerpo enfermo no sería capaz de resistir los efectos nocivos de la anticoncepción: "Es muy difícil evitar. Para las personas sanas es fácil, pero no para mí porque no puedo usar nada. Para las que están sanas, es algo fácil y bueno".

Además, Felicia sabe muy poco acerca de las técnicas anticonceptivas, posiblemente porque la anticoncepción encontraría una severa oposición de parte de su marido: "Yo nunca le he hablado de evitar, porque si lo hiciera seguro que se enojaría mucho. El ya le ha dicho a otras personas

^{11/} Todos los nombres citados en este estudio son ficticios.

que si una mujer no desea tener hijos no debe vivir con un hombre”.

Sin embargo, Felicia siente que tener otros hijos impondrá severas limitaciones a un presupuesto de por sí exiguo; su familia vive en un “barraco” de una pieza con el salario mínimo que obtiene su marido y de cualquier trabajo que puede encontrar Felicia haciendo aseo. En su caso, su única esperanza de vencer ambos obstáculos a la planificación familiar es que algún día un doctor le recete algún método anticonceptivo; de ese modo no arriesgaría su salud y su marido se vería obligado a aceptar las recomendaciones del doctor.

Solange. Las aspiraciones de Solange de regular el tamaño de su familia se han visto frustradas por una extrema pobreza que condiciona su incapacidad para usar los métodos de anticoncepción que ella conoce. Casada a los 14 años, tuvo su primer hijo después de un lapso de dos años y medio; posteriormente, ha tenido ocho embarazos en once años. Uno de sus hijos murió a los 4 meses de edad y otro a los 11 meses, de modo que ahora tiene seis hijos sobrevivientes y está esperando un séptimo. Del total de nueve embarazos, seis ocurrieron en el Nordeste y los últimos tres después que Solange se había mudado a Río con su madre, su marido y sus entonces cuatro hijos.

A su llegada a Río, la familia se fue a vivir a una *favela*, pero al poco tiempo, toda la zona fue declarada inhabitable a causa del inminente peligro de deslizamientos de tierra. Al quedarse sin casa, Solange se mudó a la ya repleta residencia de su suegra. Esta casa, compuesta de un dormitorio, sala de estar, cocina y baño, alberga a catorce personas, ocho de las cuales son adultas. El marido de Solange, zapatero, gana más dinero en la actualidad que lo que ganaba en el Nordeste, pero todavía no le alcanza para alimentar y vestir a su familia en forma adecuada; por consiguiente, además de las condiciones apretadas de vivienda, Solange se queja amargamente del frío y el hambre que sufren sus hijos.

Solange está agudamente consciente de una relación directa entre los embarazos constantes y las condiciones de vida en su propio caso; no obstante, encuentra que la situación escapa a su control: “Muchas mujeres evitan y les resulta, pero yo no puedo evitar porque no tengo el dinero; todos los meses tendría que comprar la medicina, pero ni siquiera tengo dinero para comprar comida... En mi situación un niño sería suficiente, pero como van las cosas voy a terminar teniendo veinte”.

Solange conoce de oídas diversas técnicas anticonceptivas, pero las únicas que verdaderamente le son pertinentes son la píldora y la ducha vaginal. No usa la ducha vaginal porque este procedimiento sería extremadamente inconveniente en una casa con catorce personas y un sólo baño. Por otra parte, los anticonceptivos orales son demasiado caros:

"El me dijo que comprara las píldoras, pero ¿para qué? Una sale y las compra este mes, pero al mes siguiente no puede comprarlas y queda embarazada de todos modos; así es que no le hice caso".

Como regla general, sin embargo, su esposo considera el asunto de tener hijos y de criarlos como un problema estrictamente de la mujer y no presenta mayor reacción cuando Solange queda embarazada. Por el contrario, la reacción de la propia Solange es de desesperación, seguida de resignación: "Estaba desesperada, en mi situación, viviendo en casa de otra persona con seis niños; no es nada de fácil. Estaba realmente apurada... En mi caso y con los problemas que tengo, si hubiera tenido valor me habría hecho un aborto. Pero no tuve valor para hacerlo".

Cornelia. Su modestia, su ignorancia sobre los métodos anticonceptivos, junto a su juicio errado del carácter y de las intenciones de los hombres, han llevado a los dos embarazos no deseados de Cornelia. La primera vez que sucedió tenía 14 años de edad: "Me viciaron; salí de paseo con un muchacho que conocía, pero con el que no estaba saliendo. Me fue conversando, pero cuando llegamos a un lugar desierto, me agarró y simplemente no me soltó". Su primer hijo nació como resultado de este incidente, pero murió de disentería a los siete meses.

A la edad de 19, Cornelia migró sola a Brasilia y allí pasó dos años trabajando como sirvienta; luego se trasladó a Río, donde pasó los próximos cuatro años. En este momento, después de haber pasado unos diez años sin actividad sexual, conoció a un hombre casado que le hizo la corte, iniciando una relación sexual esporádica con ella: "No tuve relaciones con nadie entre 1958 y 1968. En 1968, conocí a este caballero que me engañó y tuve relaciones con él sólo un par de veces. Ahora ya no tengo relaciones y no quiero tampoco tenerlas. Me echaron a perder toda mi vida". Durante estos encuentros irregulares, ni ella ni su amigo intentaron usar ningún tipo de anticonceptivos: "Como no estaba casada, tuve miedo de ir a alguna parte a comprar algo. Tenía miedo de que las demás personas me criticaran. De todas maneras, lo hicimos tan pocas veces que yo esperaba que no quedaría embarazada por eso".

Cuando quedó embarazada, Cornelia casi no pudo creerlo y fue sólo después que su período menstrual se hubo atrasado tres meses que terminó convenciéndose del hecho. Entonces trató de abortar tomando cascara e infusiones de toronjil, pero no hubo caso. El día que se lamentó ante su amigo de que su período se había atrasado, éste desapareció y no lo volvió a ver más.

A estas alturas, Cornelia regresó al Nordeste, pero la noticia del embarazo le hizo pasar tantas vergüenzas entre su familia y amistades, que tuvo que volver casi de inmediato a Río. Aquí se aloja donde unos amigos

mientras busca trabajo; tiene la esperanza de que su hijo sea adoptado: “Sencillamente no tengo los medios para criar a mi hijo. Estaba hablando con una señora y me dijo que su prima estaba buscando un bebé para adoptar. Así es que, apenas nazca mi hijo, lo voy a regalar”.

Josefa. Josefa nació y se crió en una granja en el Nordeste. A los 20 años huyó de su casa para irse a vivir en unión consensual con un campesino del local. Ocho años más tarde, emigró a Río con sus cinco hijos (también ha tenido dos abortos espontáneos) para juntarse con su compañero, que la había precedido. Encuentra que la vida en la ciudad es un gran avance con respecto al campo; su marido tiene un empleo mejor, los niños están yendo a la escuela y ella goza de más libertad y tiempo libre que antes: “Cuando vivía con mis padres, tenía que levantarme de amanece y pasarme el día trabajando la tierra. Ahora todavía trabajo, pero es trabajo más liviano y puedo descansar si lo necesito. Además, mi padre era sumamente estricto, no nos dejaba salir a ninguna parte. Ni siquiera pude aprender a leer. Decía él que así no podría escribirle cartas a ningún enamorado”.

Al poco tiempo de llegar a Río, Josefa dio a luz a su sexto hijo en un hospital; cuando la enfermera que la atendió supo que había tenido ocho embarazos en ocho años, le aconsejó a Josefa que tomara anticonceptivos orales y le dio una muestra gratis. Pero también la enfermera le dijo que esperara cuatro meses antes de tomar las píldoras, para evitar posibles problemas con la lactancia; Josefa no llegó a tener la oportunidad de usar las píldoras, ya que antes de que pasaran los cuatro meses estaba otra vez embarazada.

Al enterarse, sintió un gran fastidio y quería hacerse un aborto, pero su compañero no quiso ni oír hablar del asunto, ya que la propia hermana de Josefa lo había intentado una vez y desde entonces estaba enferma: “Mi hermana tuvo un aborto y se debilitó tanto que se le echaron a perder los pulmones. Por eso es que yo no lo hice. Mi marido siempre me está diciendo: “mira a tu hermana ¿quieres quedar como ella? ”.

Su compañero sí es partidario de los anticonceptivos, pero la dificultad radica en que sólo recientemente se han dado cuenta de que se puede ejercer cierto control efectivo sobre el proceso de la reproducción: “Siempre me preguntaba por qué la gente que tiene el dinero para tener un montón de chiquillos sólo tiene unos pocos, mientras que el resto de nosotros siempre estamos rodeados de una tracalada. Creo que es porque a lo mejor la gente rica sabe cómo arreglárselas con eso y nosotros no”. Ella todavía guarda las píldoras que le dio la enfermera y no sabe si usarlas o no: “Si no fuera pecado las usaría. Pero no estoy muy segura si

es pecado. Creo que el problema es sólo de nosotros. Yo ya tengo un lote de chiquillos y no quiero tener más”.

A pesar de la actividad sexual poco frecuente (“solo lo hacemos cada quince días, pero para que yo quede embarazada sólo basta con una”), Josefa ha tenido nueve embarazos en total en los últimos nueve años y se lamenta de que todavía no está casada: “El dice que no tenemos dinero para eso, así es que yo me pongo furiosa porque ya tenemos un montón de chiquillos y yo todavía sin ningún derecho”. En vista de estas diversas circunstancias y a pesar de que la vida ha mejorado después de la migración, la motivación de Josefa por planificar la familia es alta, pero su capacidad para llevarla a cabo en forma efectiva es correspondientemente baja.

2. Las no-planificadoras voluntarias

Esta categoría está compuesta por mujeres que por un motivo u otro:

- a) nunca han usado ninguna forma de anticoncepción;
- b) no tienen intención de usar ninguna técnica anticonceptiva en el futuro;
- c) se declaran contrarias, en principio y en la práctica, a todas las formas de control de la natalidad.

De las siete mujeres en esta categoría, 4 están en contra de la anticoncepción, principalmente porque la consideran perjudicial para la salud de la mujer; 2 más se oponen a la anticoncepción porque la consideran pecado, y una mujer se refirió tanto a la salud como a la voluntad de Dios para explicar sus convicciones frente a la anticoncepción. Las actitudes de estas 7 mujeres están ilustradas en el siguiente caso típico. Vera. Vera es caritoca, analfabeta, de clase baja baja, de 27 años de edad. Huyó de su hogar a la edad de 16 años para irse a vivir con su actual compañero; su primer hijo nació al año siguiente y éste fue seguido por siete embarazos más, dos de los cuales abortaron espontáneamente, en los diez años siguientes. Vera dice que prefiere una familia numerosa: “Porque es más bonito, mi propia madre tuvo trece hijos. Además, cuando los padres se ponen viejos entonces sus hijos los cuidan”. Sin embargo, en su propio caso, Vera declara que se sintió triste cuando le confirmaron su actual embarazo, porque piensa que ya ha tenido muchos y, además, su compañero la maltrata constantemente.

Vera vive con su compañero y cinco niños en un “barraco” de una sola pieza. Los grandes problemas en la situación de la vida de Vera evidentemente pueden atribuirse en forma inmediata al permanente estado de ebriedad de su compañero; en verdad, ella dice que la vida sólo puede ser peor para ella en el futuro porque su compañero es un borrachín que

gasta todo su dinero en bebida. Hace algún tiempo, sus borracheras lo llevaron al hospital y perdió su trabajo, pero ahora que está bien nuevamente, se niega a volver a trabajar, y prefiere vivir del subsidio que le paga el seguro y de trabajos ocasionales que puede obtener.

La irresponsabilidad general del compañero de Vera también se manifiesta en lo que respecta a la procreación. Por ejemplo, su reacción ante el último embarazo según el relato de Vera: "Está loco, quiere un chiquillo detrás del otro. Dijo que tiene ganas de que éste salga de una vez para volver a poner otro en su lugar".

A pesar de estas múltiples dificultades, Vera se declara contraria a los métodos anticonceptivos porque: "Si te detienes bajo la lluvia, es para mojar te". También aduce convicciones religiosas para no usar anticonceptivos; devota Adventista del Séptimo Día, Vera declara: "Creo que es un pecado evitar; la Biblia dice que debemos crecer y multiplicarnos". Dadas sus actitudes, su situación marital y su ignorancia sobre los métodos anticonceptivos, es probable que Vera continúe aún literalmente este aforismo.

3. *Las no-planificadoras temporales*

La característica principal común de las encuestadas en este grupo es que no han experimentado aún ninguna presión derivada de una fecundidad excesiva. Las mujeres en este grupo iniciaron su historia marital y reproductiva en un pasado relativamente reciente y por ello no han alcanzado aún, o sólo ahora están alcanzando, lo que consideran un tamaño ideal de familia. Por consiguiente, la gran mayoría de estas encuestadas no han hecho ninguna tentativa de anticoncepción o sólo han hecho esfuerzos poco entusiastas por espaciar los nacimientos.

La claridad con que estas encuestadas perciben sus metas en cuanto al tamaño de la familia varía mucho; algunas de las mujeres desean un número específico de hijos espaciados entre sí en un cierto número de años y ya han decidido sobre los medios que emplearán para lograr ese objetivo. En el otro extremo encontramos mujeres que literalmente nunca habían dedicado mucha atención al tamaño de la familia. Una proporción considerable de las mujeres de esta categoría están esperando su primer hijo, mientras que otras recién ahora han alcanzado lo que consideran el tamaño ideal para su familia y, al ser entrevistadas, estaban en vías de obtener asistencia anticonceptiva en la clínica de planificación familiar. En total, 46 entrevistadas, o sea el 14 por ciento de la muestra total, fueron clasificadas como no-planificadoras temporales.

Renata. Nacida en un área rural del Estado Espírito Santo, Renata emigró a Río con sus padres a la edad de 20 años; a los 24 años, se casó con un mandadero de oficina que estaba cesante y que era dos años menor

que ella. Antes de su casamiento, Renata había reflexionado acerca del tamaño de la familia y consideraba que sería bonito tener dos hijos, pero nunca abordó el tema con su novio. Ni tampoco cree que una persona puede alterar a sabiendas el curso de su historia reproductiva: "Es imposible planear el tamaño de la familia, porque nunca sabemos cuántos hijos quiere Dios que tengamos; es imposible que lo sepamos... La gente rica tiene menos hijos porque quizás Dios ya les dio esa buena suerte".

Casada hace nueve meses, Renata actualmente se halla en el octavo mes de su primer embarazo y prefiere un tamaño de la familia de cuatro hijos: "Para los padres es mejor tener sólo uno, pero para los hijos, si los padres pueden mantenerlos, es bueno ser cuatro".

Renata dejó su trabajo como empleada doméstica cuando se casó, pero puesto que su marido también está sin empleo desde que se casaron ("supongo que es porque tiene mala suerte, busca trabajo, pero nunca encuentra"), se hallan en una difícil situación económica; recientemente han perdido los muebles que habían estado comprando a plazos. En la actualidad, la pareja vive con los padres ancianos de Renata en una choza en el cordón rural de la Zona del Gran Río; su único hermano mantiene ahora a toda la familia con su escaso salario.

A pesar de estas dificultades, la noticia del embarazo fue bien recibida y Renata no tiene intenciones de hacer nada por evitar futuros nacimientos, aunque afirma que sería mejor no tener más: "Pienso que es pecado evitar, porque si Dios envía los hijos, hay que guardarlos... Nunca usaría yo nada, jamás". En todo caso, el problema es algo académico, ya que en la actualidad no sabe prácticamente nada acerca de la anticoncepción. "Nunca oí hablar de nada, es decir, sabía que hay remedios, pero no sabía el nombre de ninguno".

Noemia. A la edad de 27 años, Noemia espera en la actualidad su segundo hijo en dos años y medio de matrimonio. Antes de casarse, Noemia había considerado que dos hijos, un niño y una niña, andarían más o menos bien, y su novio estaba de acuerdo. Ahora que están a punto de alcanzar este número, la pareja todavía cree que dos hijos sería el ideal para ellos, pero ni Noemia ni su marido tienen una idea clara de cómo evitar futuros embarazos. En la práctica, para Noemia la anticoncepción significa una de dos cosas: la anticoncepción oral o la esterilización. No considera satisfactorio ninguna de las dos, ya que cree que una lleva a la enfermedad y la otra a la frigidez sexual.

Hasta el presente, la propia naturaleza ha desempeñado la función de espaciar sus dos hijos de acuerdo con su deseo expreso de tenerlos con un intervalo de dos años. Por consiguiente, el problema de la anticoncepción nunca ha sido enfrentado directamente y Noemia no ha discu-

tido con claridad el problema con su marido. “Nunca encontré el momento adecuado”. No obstante, según sus comentarios en general, Noemia tiene la impresión de que su marido se opone tanto a la píldora como a la esterilización: “Mi marido está en contra del tratamiento. A veces una persona toma la píldora y se enferma..., también está en contra de ligar las trompas, porque la mujer que lo hace ya no es más mujer para su marido, así es que él se pone indiferente. Tengo miedo de ser así, de no sentir ya más la necesidad y después perder a mi marido”.

Es probable que el problema de la limitación de la familia llegue a ser más agudo, sin embargo, ya que la pareja concuerda en que otro hijo impondría serias dificultades para su exiguo presupuesto. El marido de Noemia trabaja como chofer de taxi en el turno de noche: “Es peligroso, pero él dice que está acostumbrado a trabajar de noche y que así gana más dinero”. Espera poder comenzar a comprarse su propio auto a fines de año y luego iniciar los planes para tener su casa propia.

Percibe que tales aspiraciones son incompatibles con la reproducción incontrolada y por consiguiente la motivación de la pareja por usar alguna forma de anticoncepción será particularmente fuerte después de este nacimiento. Sin embargo, en vista del conocimiento rudimentario de la pareja y el temor a la anticoncepción, puede conjeturarse, por otros casos similares, que Noemia puede perfectamente tener uno o dos nacimientos indeseados más antes de llegar a un plan definitivo de acción de planificación familiar.

Eliana. Al ser entrevistada en la clínica de planificación familiar, Eliana estaba dispuesta a iniciar su primera tentativa seria de anticoncepción después de cinco años de matrimonio, que han tenido como fruto dos nacidos vivos y un aborto espontáneo.

El primer hijo de Eliana nació catorce meses después de su matrimonio; el segundo, dos años más tarde; hace unos meses concibió nuevamente, pero el embarazo abortó espontáneamente. (N.B. Diversos factores revelados en la entrevista sugerirían un aborto provocado).

Aunque ella y su marido nunca discutieron el problema del tamaño de la familia antes de su matrimonio, ahora se encuentran de acuerdo en que, por motivos económicos, están mejor con sólo dos hijos; el marido de Eliana se halla cesante, están viviendo en una casa prestada y tienen graves dificultades en proveer para las necesidades básicas.

Una motivación adicional para la planificación familiar se deriva de una unión marital insatisfactoria. El marido de Eliana casi no hace más que comer y dormir en la casa; ella se queja de que él bebe demasiado, que sale con sus amigos sin decirle nunca a donde, que la grita constantemente y que en general es malo con ella: “Aunque no es tan malo con los

chicos". El sexo para Eliana es una de las obligaciones menos penosas del matrimonio, pero aparte de eso, la pareja no tiene ni siquiera un mínimo de comunicación, actividad conjunta o satisfacción marital.

Frente a esta motivación, que deriva de su situación económica y marital, Eliana probó las duchas vaginales después de su segundo hijo: "Esto se hace sólo después de tener relaciones, pero sólo por higiene y no para evitar; pero si una persona se cuida de su limpieza, es más difícil quedar embarazada". No obstante, porque la ducha vaginal "por higiene solamente" resultó ineficaz como técnica anticonceptiva, vino a la clínica de planificación familiar inmediatamente después de su aborto espontáneo, a fin de que le dieran anticonceptivos orales. Con esta ayuda, espera poder evitar otras sorpresas.

4. Las mujeres subfértiles

La historia reproductiva de las mujeres en esta categoría se halla dominada por períodos prolongados de infecundidad, que han tenido el efecto de disminuir o virtualmente eliminar la necesidad de controlar la natalidad. Es decir, para estas mujeres, la limitación de la familia no es un problema, o sólo es un problema de proporciones reducidas, ya que, después de varios años de actividad sexual, los procesos naturales les han mantenido el tamaño de la familia en un mínimo.

Cabe señalar que el término "subfertilidad" se entiende aquí en un sentido más amplio que el acostumbrado; como se usa aquí, subfertilidad indica un retraso mayor que el término medio en concebir o dar a luz un nacido vivo en ausencia de control de la natalidad. Un retraso tal puede resultar atribuible a una dificultad para concebir (ya sea por esterilidad masculina o femenina), o para completar la gestación, o dar a luz nacidos vivos. Por consiguiente, una mujer podría incluso quedar embarazada todos los años y sin embargo estar clasificada en nuestro paradigma como subfértil debido a que sus embarazos terminaron en abortos espontáneos o en mortinatos.

Operacionalmente, la categoría subfértil incluye a mujeres que han mantenido uno o más períodos de por lo menos tres años de actividad sexual sin que dieran a luz un nacido vivo, a pesar de la ausencia de cualquier intento de control de la natalidad durante este intervalo. Sin embargo, no todas las entrevistadas que han experimentado un período infecundo de tal duración fueron clasificadas como subfértiles. De hecho, varias mujeres experimentaron un período de infecundidad semejante (por lo general durante sus años de adolescencia) y luego tuvieron una serie de nacimientos vivos, siendo por ese motivo clasificadas en otras categorías.

Por consiguiente, a fin de ratificar la intención primordial del actual esquema de clasificación, que es la de agrupar a las informantes que revelan actitudes y comportamiento semejantes respecto a la planificación familiar, las mujeres subfértiles son definidas aquí como aquellas que han experimentado uno o más de los intervalos infértiles ya mencionados *cuando* estos han resultado efectivamente en una disminución o eliminación de la necesidad de prácticas de limitación de la familia. Es decir, esas mujeres nunca se han visto obligadas a asumir una posición frente a la limitación familiar o a preocuparse mucho de ella, puesto que la propia naturaleza se ha encargado de esta tarea. Así es que prácticamente todas las mujeres "subfértiles" han tenido por lo menos un embarazo, pero, debido a que todas ellas han experimentado uno o más retrasos en tener nacimientos vivos, la planificación familiar constituye un problema cualitativamente diferente para ellas.

Es interesante observar que una proporción considerable de las mujeres subfértiles prefieren las familias de tamaño grande y es más probable que tengan un conocimiento precario de la anticoncepción, o que se opongan a ella, que cualquier otro grupo, a excepción del de las "no-planificadoras voluntarias" mencionadas anteriormente en este capítulo. En realidad, para varias mujeres de esta categoría, el problema no consiste en cómo evitar tener hijos sino más bien en cómo superar la esterilidad.

De acuerdo a los criterios anteriormente mencionados, 40 entrevistadas, o sea el 12 por ciento de la muestra total, fueron consideradas como subfértiles al tiempo de la entrevista. Los siguientes expedientes individuales ilustran ampliamente la manera en que la subfertilidad afecta las actitudes y la conducta con respecto a la planificación familiar.

Regina. Después de diez años de unión infecunda, el embarazo es un verdadero don del cielo para Regina y su compañero. Su unión consensual comenzó en forma sencilla cuando Regina tenía dieciocho años; es decir, su compañero simplemente se fue a vivir con la familia de ella y desde entonces que está allí. Después de cuatro años de esta unión tuvo su primer embarazo, pero éste terminó en un aborto espontáneo cuando se hallaba en su segundo mes. Cuando no siguieron otros embarazos en los próximos cinco años, la pareja se resignó a la falta de hijos, aunque a ambos cónyuges les hubiera gustado tener por lo menos dos hijos; por consiguiente, cuando inesperadamente quedó embarazada hace unos meses, ambos padres estaban muy contentos.

La satisfacción de Regina respecto al embarazo tiene dos facetas principales. Por una parte, siente un amor mayor por su compañero y declara que, por ejemplo, las relaciones sexuales son una actividad más

grata ahora que espera su primer hijo. En forma concomitante, la paternidad está trayendo beneficios adicionales en términos de independencia y estabilidad marital: "Las cosas marcharán mejor ahora; ahora que estoy embarazada nos vamos a casar y tendré mi propia casa y mis propias cosas. ¡Tendré más libertad y podré hacer y deshacer como me dé la gana!"

En términos generales, Regina y su compañero gozan de un nivel satisfactorio de comunicación, de actividad conjunta y de armonía marital. El problema principal citado por Regina surge de la inestabilidad innata de la unión consensual y de la lentitud de su compañero en montar una casa propia. Estas dificultades, a su vez, son directamente relacionadas a la subfertilidad, pues el sueldo de su compañero como peluquero es respetable. Es de esperar que las dos dificultades mencionadas sean superadas ahora que ella está embarazada.

Al igual que un número considerable de mujeres subfértiles, Regina sabe muy poco acerca de la anticoncepción. Cuando se le preguntó si acaso ella pensaba que era posible que una pareja regulara el tamaño de su familia, contestó: "Creo que debe ser difícil, pero hay gente que lo hace; se me figura que de algún modo evitan". Al interrogársele sobre técnicas anticonceptivas, sólo recordaba haber escuchado acerca del coitus *interruptus*, de los condones y de infusiones abortivas. Además, al discutir las preferencias en cuanto al tamaño de la familia, mencionó que ella y su compañero siempre han conversado de preferir tener dos hijos: "Si Dios sólo nos envía dos, me quedaré allí; si quiere enviarnos más, también los recibiré... Jamás haría nada por evitar; me gustaría hacerlo, pero me daría mucha vergüenza preguntarle a un doctor sobre estas cosas".

En suma, la gestación retardada de Regina ha venido como una agradable sorpresa que trae consigo múltiples ventajas; tiene grandes esperanzas de que la maternidad se traduzca en muchos beneficios en términos de amor conyugal, status y estabilidad matrimonial.

Susana. Susana nunca conoció a su padre y su madre prácticamente la abandono a su suerte cuando era pequeña. A la edad de 12 años, fue seducida por un pretendiente de 25 años que le prometió matrimonio, con traje de novia y velo, y que se establecerían en casa aparte, "Con cortinas y todo lo demás". Susana cometió el error de contarle a una amiga acerca del episodio; esta última, a pesar de promesas de guardar el secreto, terminó por contarle el asunto a la madre de Susana. Cuando la madre se enteró, le dio una gran paliza e hizo que la policía fuese en busca del enamorado para obligarlo a casarse con Susana: "Para darme un nombre".

El matrimonio obligado fue una equivocación, sin embargo, porque el tipo le pegaba constantemente y después de un mes tuvo que huir de él. Obligada a ganarse la vida y sin poder encontrar trabajo estable como empleada doméstica, comenzó a juntarse con hombres en las calles y se dedicó a la prostitución durante los once años siguientes.

Durante estos años de "vida alegre", Susana nunca usó ningún tipo de anticonceptivo, pero sin embargo jamás quedó embarazada. Para ella, la anticoncepción es prácticamente un sinónimo del uso masculino de preservativos, práctica que ella asocia con mugre y con posibles lesiones internas: "Yo siempre hacía que se los sacaran. Les decía que eran de goma y que podían hacerme daño. Yo no tenía ninguna enfermedad y con esa cosa puesta simplemente yo no podía".

A la edad de 22 años, conoció y estableció una relación platónica con un hombre que eventualmente llegó a ser su compañero permanente. Cuando recién lo conoció, éste ya tenía esposa e hijos, pero un tiempo después enfermó y su esposa lo dejó. Susana recibió al tipo "cuando estaba enfermo y sucio", lo cuidó hasta devolverle la salud, después de lo cual derivaron en una relación más permanente como marido y mujer. Ella dejó la prostitución y obtuvo un buen empleo como vendedora a domicilio. Por este tiempo, también, se sometió a un tratamiento médico a causa de un sangramiento menstrual constante, y eventualmente, para gran sorpresa de ella, quedó embarazada por primera vez en su vida.

Aunque su compañero parece estar contento con el embarazo, la propia Susana lo mira con sentimientos encontrados: "El está feliz. Inmediatamente comenzó a buscar donantes de sangre para mi tratamiento. Yo le digo que voy a regalar al niño, pero él dice que un hijo suyo no es un perro, que el lo va a criar ... Yo le digo que lo voy a regalar porque el está casado. Quién sabe si mañana o pasado él se me va y me deja sola con los crios. ¿Cómo voy a criarlos? ... Pero en verdad yo le digo esto para ver qué dice él..., en realidad, estoy feliz (con el bebé). Va a ser una compañía para mí: yo que no tengo a nadie".

En general, Susana le está agradecida a su compañero por haber contribuido a su "regeneración", pero es evidente que tiene grandes temores acerca de la estabilidad de la unión. De hecho, cuando recibió a su compañero, no sabía que él tenía mujer e hijos y desde el día que se presentó la mujer legal para hacer valer sus derechos previos sobre su legítimo esposo, Susana ha vivido en temores constantes de una separación.

Aldenir. Aldenir se casó con un bombero a la edad de 15 años. Sin que mediaran anticonceptivos, su primer embarazo ocurrió tres años más tarde y el segundo después de otros tres años. Desde entonces ha pasado

más de ocho años sin tener hijos y, al ser entrevistada, estaba en tratamiento por subfertilidad en la clínica de planificación familiar.

Casada feliz y con un nivel de vida característico de la clase baja alta, las opiniones de Aldenir con respecto al tamaño de la familia y de la anticoncepción son típicas de un número considerable de mujeres subfértiles. Respecto al tamaño ideal de la familia ella declara: "Con un salario bajo, la gente no debería tener demasiados hijos o si no siempre le estará faltando algo. Pero una pareja con un salario alto debe recibirlos a todos; creo que seis es un número bonito si uno los educa bien... Para mí, seis estaría bien; más serían demasiados".

Acerca de la anticoncepción Aldenir opina: "Con estas nuevas píldoras creo que es fácil (planificar el tamaño de la familia de uno). Pero voy a ser franca: le diré que pienso que esa cosa que colocan ahí dentro (i.e., DIU) debe ser horrible. Pero con las píldoras es facilísimo, se toma la píldora y listo... Cada persona es libre de hacer lo que se le antoja, pero no creo que sea bueno evitar..., porque estas píldoras no siempre caen bien, hay tantas mujeres por ahí que dicen que las píldoras son dañinas".

Analfabeta y nacida en una familia de clase baja baja, a Aldenir le ha ido bastante bien después de su matrimonio. Su marido es de buen carácter y muy trabajador: "Siempre está siguiendo cursos en el cuartei y así siempre lo ascienden. Con cada ascenso su sueldo sube y eso quiere decir que la vida siempre mejora". Su mayor preocupación, entonces, nace de la infertilidad: "Nos gustaría tener una mujercita. Mis amigas me hablaron de venir aquí (i.e., a la clínica de planificación familiar), le hablé a él sobre esto y vine. Mi niño más pequeño ya tiene 8 años y nunca quedé embarazada después. Ahora queremos una niñita".

CONCLUSIONES

Algo menos de la mitad de las mujeres de la muestra nunca han realizado un esfuerzo persistente para regular el tamaño de sus familias. Las circunstancias que rodean a la reproducción y las actitudes expresadas por las entrevistadas varían en cada caso individual, pero se pueden distinguir por lo menos cuatro grandes grupos. En el más numeroso, las mujeres ya han alcanzado un tamaño de la familia tanto o más grande de lo que considerarían conveniente y por esto preferirían haber hecho algo por regularlo. Que no lo hayan hecho aún es atribuible principalmente a falta de conocimientos adecuados, temor, carencia de fondos, prohibición del esposo o simplemente a la inercia.

En el otro extremo, el grupo más pequeño está constituido por informantes que se declaran contrarias a la planificación familiar, tanto en

principio como en la práctica, y que dan a entender que jamás interferirían en el curso natural de la reproducción. Entre estos dos grupos, encontramos otro que incluye a una cuarta parte de la muestra total, cuyas integrantes no han tenido motivos hasta aquí para considerar la posibilidad de la planificación familiar, ya sea porque son subfértiles o porque recientemente iniciaron su vida marital. Las no-planificadoras temporales, como corresponde a un grupo integrado por mujeres que no han comenzado a enfrentar las dificultades de la formación de la familia, varían grandemente en cuanto a su percepción de los objetivos de tamaño de la familia y en cuanto a sus intenciones de modificar el curso natural de la reproducción. Las mujeres subfértiles están más preocupadas de las dificultades de tener hijos que de evitar la concepción, y sus actitudes con respecto al tamaño de la familia están en consonancia con esta preocupación.

III. LA PLANIFICACION A TRAVES DEL ABORTO

Los embarazos no deseados pueden evitarse mediante la anticoncepción y los nacimientos no deseados mediante el aborto.^{12/} En ambos casos, el objetivo puede ser limitar el tamaño de la familia, pero las causas y consecuencias que condicionan a cada medida son generalmente muy diferentes. Frecuentemente, el aborto constituye la única técnica de control de la natalidad, que es a la vez efectiva y accesible para las mujeres de clase baja; también recurren al aborto como una medida de emergencia para compensar una falta de previsión anterior o cuando todo lo demás ha fracasado. En todo caso, cuando las mujeres recurren al aborto, se encuentran obligadas a hacerlo en las condiciones más sórdidas y antihigiénicas, con los instrumentos más rudimentarios, corriendo el riesgo de lesiones permanentes y aun de perder la vida.^{13/}

En el curso de esta investigación se realizó un esfuerzo especial por evaluar la significación del aborto en la dinámica de la planificación familiar de las mujeres de clase baja. Pocos estudios se han ocupado directamente del aborto como medio de planificación familiar, y los que han investigado el problema tienden a considerar el aborto simplemente como una técnica más para evitar los nacimientos indeseados.^{14/} Es decir, el aborto sería semejante a las píldoras, jaleas, etc., puesto que el resultado final de todas estas técnicas es el mismo: prevenir el nacimiento indeseado. Sin embargo, al menos en el caso presente, el aborto consti-

^{12/} "Aborto" denota aquí la expulsión o eliminación del embrión, precedido por, y presumiblemente resultado de algún acto intencional realizado por razones no médicas de la madre o de otra persona (es decir, se excluye el llamado aborto "terapéutico").

^{13/} Se comprende que sea imposible obtener estadísticas válidas sobre este tópico, pero varios médicos entrevistados en diversas maternidades de clase baja durante el trabajo preliminar estimaron que entre un cuarto y un tercio de sus camas de hospital estaban ocupadas por mujeres que habían hecho alguna tentativa casera de provocarse un aborto y habían llegado al hospital necesitando un tratamiento de urgencia.

^{14/} Véanse, por ejemplo: J. Mayone Stycos and K.W. Back: *The control of Human Fertility in Jamaica*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1964, págs. 39-74. Reuben Hill, J. Mayone Stycos, K.W. Back: *The Family and Population Control*, College and University Press, New Haven, Conn., 1959, pág. 171.

tuye una respuesta significativamente diferente de la anticoncepción. Incluso un breve examen de los casos presentados en este capítulo revela que las circunstancias que rodean a la planificación familiar y los factores que llevan hacia la adopción de la planificación son cualitativamente diferentes en el caso del aborto y en el de la anticoncepción. Además, las repercusiones físicas, psicológicas y sociales del aborto y de la anticoncepción son claramente distintas.

A la luz de tales consideraciones, se estimó que valía la pena distinguir, incluso al nivel de estudios de casos, entre las entrevistadas que se habían atenido solamente a la anticoncepción y las que habían recurrido solamente al aborto o tanto al aborto como a la anticoncepción. En las páginas siguientes aparecen ya algunas diferencias entre esos grupos y éstas habrán de aclararse aún más cuando los mismos tópicos sean abordados en forma más sistemática en la Segunda Parte.

Sin duda, el problema del aborto es delicado y algunas entrevistadas se mostraron, comprensiblemente, poco dispuestas a discutirlo. No obstante, como lo observara Hutchinson, la reticencia para discutir el aborto es ciertamente menos importante en la presente muestra que lo que hubiese sido entre grupos similares en Europa Occidental o en Norteamérica.^{15/} El temor a las sanciones legales, por ejemplo, prácticamente no existe. De acuerdo a la legislación brasileña, la provocación del aborto, ya sea por la propia madre o por terceros, es un delito criminal castigado con penas que fluntúan entre uno y diez años de cárcel de acuerdo a la naturaleza del caso.^{16/} En la práctica, no obstante, estas leyes son raramente observadas y aunque algunas de las entrevistadas expresaron objeciones al aborto en términos de que "es un crimen matar a una criatura", es significativo que ninguna de las 338 mujeres se refiriera a las sanciones legales como un impedimento para el aborto. Por consiguiente, cualquier reticencia para discutir el aborto radicaría más bien en un sentimiento de que se está infringiendo la privacidad individual que en el temor a la sanción legal.

En total, 76 de las 338 entrevistadas, o sea el 22,5 por ciento reconoció haber tenido por lo menos un aborto no terapéutico. El presente capítulo se ocupa solamente de estas mujeres.^{17/} El número de abortos

^{15/} Véase Hutchinson: "Induced abortion in Brazilian married women", *América Latina*, 7(4): 21-34, 1964.

^{16/} *Código Penal*, Artículos 124 a 128.

^{17/} El hecho de que el 22 por ciento de nuestra muestra ya había experimentado por lo menos un aborto atestigua el papel importante que éste juega en las prácticas de planificación familiar de las mujeres de clase baja. Si se agrega a esto la consideración de que nuestra muestra tenía entre 25 y 30 años de edad y que la

por mujer varía entre uno y catorce. Sin embargo, los casos más frecuentes son aquellos en que las mujeres han tenido uno o dos abortos (36 y 22 mujeres, respectivamente). En total, las 76 mujeres tuvieron 185 abortos, lo que corresponde a un promedio de 2,4 por mujer.

A. LA PLANIFICACION A TRAVES DEL ABORTO Y LA ANTICONCEPCION

La gran mayoría de las entrevistadas que han recurrido al aborto, en algún momento también han tratado de impedir la fecundación por medio del uso de uno o más métodos anticonceptivos. La secuencia temporal y la modalidad de estas medidas complementarias de planificación familiar varían muchísimo. Algunas mujeres recurren al aborto sólo cuando participan en uniones inestables o socialmente no aprobadas; otras emplean el aborto como una medida de emergencia cuando las técnicas anticonceptivas han fracasado; por último, otras alternan la anticoncepción con el aborto según lo dicten la ocasión o las condiciones financieras. Pero cualesquiera que sean las circunstancias, todas las mujeres de esta categoría han tenido por lo menos un aborto y han usado alguna forma de anticoncepción durante un mínimo de dos meses consecutivos. En total, 67 mujeres, o sea un 20 por ciento de todas las entrevistadas, se incluyen en este grupo.

I. LA PLANIFICACION TARDIA

En la literatura sobre este tema los términos planificadoras “tempranas” y “tardías” por lo común no reciben una definición operacional explícita, sino más bien se refieren generalmente a si el control de la fecundidad fue iniciado antes o después de que un individuo o pareja haya alcanzado su tamaño ideal de familia.^{18/} Puesto que la distinción tiene un valor heurístico considerable, en esta investigación se hizo un esfuerzo por definir los conceptos de una manera algo más formal.

Inicialmente, se intentó separar a las planificadoras “tempranas” y “tardías” en términos tanto de la etapa en la cual se fijan las metas en cuanto al tamaño de la familia como de la etapa en la cual se adoptan acciones concretas de planificación familiar. Así, las planificadoras tempranas se definirían como las que, al comienzo de su historia marital,

posibilidad de tener por lo menos un aborto necesariamente aumenta con la edad, puede entonces deducirse que la proporción de mujeres que habrán tenido por lo menos un aborto antes del término de su período de procreación será aun mayor. Además, es probable que la mortalidad materna resultante del aborto también tienda a disminuir la tasa conocida de abortos.

^{18/} Véanse, por ejemplo, Rainwater: *And the Poor Get Children*, Quadrangle Paperback, Chicago, 1960, pág. 29; Westoff, et. al.: *Family Growth in Metropolitan America*, Princeton University Press, N.J., 1961, págs. 72-102.

sexual o reproductiva, han hecho uso de técnicas de planificación familiar para evitar, limitar o espaciar los nacimientos de acuerdo con objetivos de corto o largo plazo. Pero, en vista de la heterogeneidad de las actitudes y prácticas de planificación familiar, se resolvió posteriormente que una definición general semejante adolece de serias fallas en términos de los objetivos del presente estudio.

En realidad, dentro del contexto de un estudio estático, la clasificación de las encuestadas en categorías tempranas y tardías sobre la base tanto de los ideales respecto al tamaño de la familia como de las actividades de planificación corre un serio peligro por el hecho de que las preferencias de las personas respecto al tamaño de la familia cambian constantemente y están sujetas a racionalizaciones *post hoc*. Una mujer desea diez niños antes de casarse, pero después de un embarazo decide que ha tenido suficiente. Otra tiene cinco hijos antes de dedicar algún pensamiento al asunto y entonces decide que cinco es su número ideal; otra quiere dos hijos, pero luego tiene seis antes de decidir alguna acción concreta de planificación.

En vista de tales discrepancias potenciales y de las dificultades prácticas involucradas en retroceder en el tiempo para recopilar las preferencias de tamaño de la familia en períodos diferentes de la historia reproductiva de una entrevistada, se hace necesario abstraerse de la dimensión efímera de las metas de tamaño de la familia, a fin de concentrarse en un criterio operacional más incisivo. Este criterio fue eventualmente formulado en términos de la etapa en la cual de hecho la entrevistada o su esposo iniciaron acciones de planificación familiar.

En este sentido, se decidió que todas las entrevistadas que realizaron un esfuerzo persistente de control de la natalidad (definido como un mínimo de dos meses de uso consecutivo en el caso de la anticoncepción o como un aborto inducido) en cualquier momento antes de su tercer nacido vivo serían consideradas como planificadoras tempranas. Por el contrario, las planificadoras tardías incluyen a todas las encuestadas que comenzaron sus tentativas de planificación familiar en alguna época posterior al alumbramiento de su tercer hijo nacido vivo.

Fundamentalmente, la clasificación de las informantes como planificadoras tempranas o tardías en términos de la etapa en que se tomó una acción definida de planificación familiar es arbitraria y, por consiguiente, la línea divisoria podría teóricamente ser fijada en cualquiera otra paridez. Sin embargo, en esta muestra, la línea divisoria entre dos y tres nacimientos es una línea bastante natural, impuesta por las preferencias colectivas respecto al tamaño de la familia. En efecto, se observó que la gran mayoría de las encuestadas que tenían tres o más nacidos vivos

antes de iniciar el control de la natalidad afirman que tienen más hijos de los que realmente quieren en las actuales circunstancias. Además, como se verá en la Segunda Parte, muy pocas mujeres desean menos de dos hijos, pero una mayoría de las que tienen tres o más hijos preferirían tener un número menor.

Es evidente que la simple dicotomización en categorías "tempranas" y "tardías" no alcanza a discernir entre las mujeres que difieren en otra dimensión igualmente significativa, es decir, en el éxito relativo de sus intentos de planificación familiar. En realidad, una mujer puede perfectamente haber realizado sus primeras tentativas de control de la natalidad antes de haber dado a luz su primer hijo y, a pesar de eso, haber incurrido en una cantidad de embarazos indeseados; otra puede haber iniciado esfuerzos de control de la natalidad sólo después de su tercer embarazo y no obstante haber regulado su familia en forma satisfactoria a lo largo de un período considerable.

Reconociendo que las determinantes y consecuencias de la planificación exitosa y no exitosa difieren en forma crucial, las encuestas fueron clasificadas aquí también en términos del éxito de sus intentos de planificación. Los criterios que rigen la clasificación en las categorías "exitosas", "parcialmente exitosas" y "no exitosas" se discuten dentro del contexto de cada una de estas clasificaciones.

De todos modos, por el momento puede ser útil presentar un panorama general de la distribución de las mujeres en estas categorías. Como puede verse en el cuadro 3, las tres cuartas partes de las mujeres que han tenido un aborto comenzaron sus esfuerzos de control de la fecundidad

Cuadro 3

DISTRIBUCION DE LAS ENTREVISTADAS QUE HAN RECURRIDO AL ABORTO, DE ACUERDO A SU DISTRIBUCION EN EL TIEMPO Y EL EXITO DE LA PLANIFICACION

(En porcentajes)

Efectividad	Secuencia temporal		
	Tempranas	Tardías	Total
Exitosas	18,4	5,2	23,6
Parcialmente exitosas	36,9	8,0	44,9
No exitosas	18,4	13,1	31,5
<i>Total^{a/}</i>	<i>73,7</i>	<i>26,3</i>	<i>100,0</i>

a/ N = 76

en una etapa temprana de su historia reproductiva. Entre las planificadoras tempranas predominan las planificadoras parcialmente exitosas mientras que entre las planificadoras tardías la mayor proporción corresponde a la clase no exitosa.

1. La planificación tardía no exitosa

Las 8 mujeres en esta categoría comenzaron tarde sus esfuerzos de planificación familiar en su historia reproductiva y, aunque basados tanto en el aborto como en la anticoncepción, éstos no han tenido un efecto significativo. Ello quiere decir que, en términos operacionales, ninguno de los intentos de control de la natalidad realizado por cada una de las mujeres en este grupo ha tenido éxito en prevenir los nacimientos accidentales o indeseados^{19/} durante un año y medio de uso (o durante un promedio de un año y medio si se realizaron intentos reiterados). Las circunstancias que rodean a la planificación familiar y las modalidades que asumen varían en cada caso, pero las frustraciones de las 8 mujeres en este grupo se hallan ejemplificadas en el siguiente estudio de caso. *Tania*. Tania es una nativa de Río, de clase baja media y tenía 30 años de edad cuando fue entrevistada. Comenzó a trabajar como empleada doméstica a la edad de 14 años y ese mismo año comenzó a vivir en unión consensual con su pretendiente de 18 años. Su primer hijo nació después de tres años y, cuando el bebé tenía un mes de edad, Tania y su compañero se casaron en una ceremonia civil.

Al no hacer uso de anticonceptivos, su segundo hijo nació unos dos años más tarde y éste fue seguido por tres hijos más nacidos vivos en los cinco años siguientes. Antes del casamiento, Tania y su marido habían discutido sus preferencias en cuanto al tamaño de la familia y habían decidido tener tres hijos, pero no realizaron tentativas concretas por regular su prole hasta después del quinto nacimiento.

Con cinco niños menores de 8 años de edad, Tania y su compañero finalmente acordaron que ya era tiempo de hacer algo; cuando quedó

^{19/} El lector observará que a lo largo de esta presentación se hace un distinguo entre los embarazos o nacimientos accidentales y los indeseados. Para propósitos prácticos, el "accidente" puede definirse como un embarazo no planificado que no es rechazado en forma seria por los padres porque no creará presiones sociales o económicas graves y porque se ajusta más o menos a las preferencias generales con respecto al tamaño de la familia, aunque no con la distribución preferida de los embarazos en el tiempo. En contraste, un "embarazo indeseado" se entiende aquí como un embarazo no planificado que es rechazado explícitamente por sus padres a causa de las presiones sociales, económicas, psicológicas o de salud adversas que se estiman ejercidos por la procreación adicional.

embarazada nuevamente, un año después del nacimiento de su quinto hijo, ella se practicó un aborto, aunque en principio es contraria al aborto: "Creo que es malo hacerse un aborto. Los hijos que uno tiene, hay que recibirlos. Una persona no debiera hacerse nunca un aborto; es peligroso para la salud de la madre y, además, no es problema de la criatura".

Su experiencia evidentemente traumática con el aborto hizo que Tania no recurriese de nuevo a este expediente, de modo que, en ausencia de prácticas anticonceptivas, tuvo dos nacimientos vivos más en los cuatro años siguientes. En este momento, los colegas de trabajo del marido le sugirieron que su esposa podría usar con provecho los anticonceptivos orales; él trajo unas píldoras a casa y así, después de siete hijos y un aborto, la pareja inició la anticoncepción. Tania usó las píldoras en forma efectiva alrededor de un año, pero luego interrumpió a fin de someterse a un examen médico y, en el intertanto, incurrió en su actual embarazo que provocó la siguiente reacción: "Estaba preocupada porque la vida es dura con los que ya tenemos, imagínese lo que será con uno más. La única razón por que no me lo hice sacar es porque no tuve valor. Si hubiese sido por él, habría tomado algún remedio para sacarlo; quise hacerlo pero tuve demasiado miedo, miedo de morirle, así es que lo dejé venir".

En resumen, luego de comenzar con un tamaño ideal de la familia de tres, Tania ha tenido ocho embarazos, uno de los cuales fue abortado en unos dieciséis años de unión marital. La pareja goza de un nivel de comunicación, actividad conjunta satisfacción marital por encima del común; el esposo de Tania trabaja duro, tiene un ingreso que cubre el salario mínimo legal y es evaluado como un hombre en general bueno, siendo su mal genio su único defecto serio. Además, la pareja tiene una fuerte motivación para evitar futuros nacimientos y han discutido el problema en diversas ocasiones.

A la luz de estos hechos, es evidente que la principal dificultad de Tania con respecto a la planificación familiar radica en su escaso conocimiento de la anticoncepción. El aborto ha sido definitivamente descartado y los únicos otros métodos conocidos son la píldora y las inyecciones intra-uterinas. Teme a estas últimas más que el mismo embarazo, puesto que las inyecciones tienen fama de ser dolorosas y peligrosas; por otra parte, declara que la píldora es inútil porque a ella no le resultó. No obstante, cabe observar que, a pesar de una fuerte motivación para evitar el embarazo, no se le pasó por la mente recurrir a algún otro método cuando se vio obligada a restringir el uso de la píldora. Frente a estas contradicciones se podría anticipar que Tania experimentará algunos otros reveses.

2. *La planificación tardía, parcialmente exitosa*

Las escasas informantes clasificadas en esta categoría han sido algo más exitosas que el grupo anterior en controlar el tamaño (y a veces el espaciamiento) de sus hijos. Operacionalmente, las encuestadas fueron clasificadas en este grupo si:

a) sus esfuerzos por controlar la natalidad comenzaron después de por lo menos tres hijos nacidos vivos;

b) tal control fue practicado exitosamente durante un mínimo de un año y medio (o un promedio de por lo menos un año y medio si se hicieron intentos reiterados);

c) a pesar del uso tanto del aborto como de la anticoncepción, las encuestadas han incurrido en uno o dos nacimientos accidentales o indeseados. (Por consiguiente, la distinción entre las planificadoras "parcialmente exitosas" y las "no exitosas" que han tenido sólo un embarazo indeseado se hace en términos de la duración del control efectivo de la fecundidad).

En resumen, las mujeres descritas en esta sección han tenido un éxito que sobrepasa el promedio en el control de la fecundidad, sin embargo, sus familias son algo más grandes de lo que realmente preferirían en las circunstancias actuales. El caso de Sonia es típico de las cinco mujeres en este grupo.

Sonia. El desacuerdo con su marido sobre las preferencias con respecto al tamaño de la familia y sobre los medios de limitar los nacimientos constituyen el principal problema de Sonia en cuanto a la planificación familiar. Nacida en una pequeña ciudad del Nordeste, emigró a Río a la edad de 16 años para casarse con su novio, que la había precedido. Ahora, doce años después, su marido obtiene buenos ingresos como vendedor de zapatos, viven en su propia casa de dos dormitorios y Sonia considera que es una casada feliz con un excelente compañero y proveedor.

Hay, no obstante, un problema crucial que actualmente amenaza las aspiraciones de movilidad ascendente de la pareja, así como su felicidad conyugal; Sonia piensa que ya tiene todos los hijos que puede manejar y que por lo tanto debiera hacer uso de todos los medios disponibles para evitar otros nacimientos. A su marido le agradan las familias grandes y sólo está dispuesto a permitir las técnicas anticonceptivas. El conflicto se halla en la actualidad en un punto muerto, puesto que Sonia ya ha tenido un aborto sin el conocimiento de su marido y él le ha prohibido expresamente que aborte su actual embarazo.

En sus primeros siete años de matrimonio, a Sonia le nacieron dos hijos y dos hijas; en ausencia de anticoncepción, estos embarazos ocu-

rrieron con intervalos regulares de dos años. Una de las niñas murió a poco de nacer, de modo que le quedaron tres hijos, uno más de lo que ahora considera como tamaño ideal para su familia. Menos de dos años después del nacimiento de su cuarto hijo, quedó embarazada nuevamente y le dijo a su marido que quería hacerse un aborto. El marido se mostró vehementemente contrario a esta medida, de suerte que ella se buscó una partera que le provocó un aborto por medio de una sonda, y ella más tarde le informó a su marido que había tenido una perdida.

En este momento, Sonia recurrió a la anticoncepción por primera vez; su médico le recetó anovulatorios y los usó en forma efectiva durante casi tres años. Las píldoras la ponían nerviosa, de manera que se cambió a comprimidos efervescentes e incurrió en un embarazo, después de sólo dos meses de uso, que fue muy mal recibido.

Su esposo recibió la noticia con sentimientos encontrados; "Estaba un poco desilusionado porque él sabía que yo no iba a querer. Enseguida yo le hablé de sacármelo, pero peleó conmigo y no me dejó... Sólo acepta evitar y no quiere ni oír hablar del aborto. Creo que él se figura que las familias grandes son muy bonitas, pero yo las considero un absurdo en estos tiempos". Sonia está muy contrariada con el embarazo y culpa a su marido por la situación en que se encuentra ella: "Ultimamente hemos tenido muchas discusiones por esta cuestión del embarazo. Como ya le conté a usted antes, yo no lo quería, pero él me obligó a dejar que viniera. Ahora cualquier dolorcito que siento, se lo hago saber de inmediato".

El conflicto sobre el control de la natalidad también tiene repercusiones en otros aspectos de la vida marital, en especial en la vida sexual de la pareja. Sonia afirma que el sexo es básicamente para hombres, ya que las mujeres lo encuentran desagradable y pueden fácilmente pasarse sin él; pero se hace evidente que su aversión por el sexo proviene de su temor a los embarazos: "Sí, me preocupo del embarazo durante las relaciones sexuales. Usted sabe, cuando estaba tomando las píldoras, hasta encontraba más fácil acostarme con él porque no estaba preocupada. Pienso que si no fuera por el miedo al embarazo, hasta me podría llegar a gustar la cosa".

Sonia espera quitarse de encima las complicaciones que rodean al control de la natalidad sometándose a la esterilización. Como contraste con la mayoría de las demás mujeres que expresan este deseo, Sonia podría quizás estar en condiciones de pagar una operación semejante, pero en ese caso es dudoso que su marido se lo permita. Si no puede arreglárselas para operarse, está firmemente decidida a "hacer algo, cualquier cosa, hacerme un tratamiento para que pueda tomar la píldora otra vez. Haría cualquier cosa, pero simplemente no quiero tener más hijos".

3. La planificación tardía exitosa

La experiencia de planificación familiar de las cuatro mujeres en este grupo comenzó en una etapa en que la reproducción ya había significado un sacrificio considerable en cuanto a los recursos económicos, sociales, psicológicos o de salud de la familia. Usando cualquier método disponible, incluso el aborto, estas mujeres han podido evitar los nacimientos indeseados desde el momento que iniciaron la planificación familiar hasta el instante de la entrevista. Las encuestadas en esta categoría y en posteriores categorías de planificadoras exitosas se distinguen por una capacidad demostrada de practicar la limitación efectiva o el espaciamiento a lo largo de un lapso considerable, fijado operativamente en un mínimo de dos años y medio consecutivos. Las planificadoras efectivas tienen de este modo una historia de limitación exitosa de la fecundidad, al haber incurrido en sólo un nacimiento accidental, o en ninguno.^{20/}

Arlene. Se casó con un muchacho de su pueblo natal a los 20 años de edad; nueve meses más tarde nació su primer hijo e inmediatamente después los tres emigraron del Nordeste a Río en busca de mejores oportunidades económicas. En los cuatro años siguientes, Arlene tuvo cuatro embarazos más y la sucesión constante de nacimientos comenzó a constituirse en una carga pesada para la joven pareja. Por ejemplo, Arlene dice en relación a su último embarazo que “mi marido pensó que debía haber esperado por más tiempo, que siempre estaba teniendo un niño detrás del otro. No le gustó la idea en absoluto, se lo puedo decir yo. Estuve realmente preocupada y triste. Porque ya teníamos tantos problemas para criar a los tres primeros. Además, siempre sufría muchísimo durante los embarazos, desde el primero que siempre estoy muy enferma... Con menos hijos todo sería más fácil, menos gastos, todo andaría mejor”.

Con este fundamento, Arlene comenzó la anticoncepción después de su cuarto hijo nacido vivo. Comenzó con duchas vaginales de vinagre y agua y usó esta técnica en forma efectiva durante tres años. Nunca le gustó el método, sin embargo, y se quejaba de que siempre se sentía demasiado cansada para estarse levantando luego de cada acto sexual. Más tarde comenzó a usar pomadas anticonceptivas, pero después de algunos meses de usarlas, éstas fallaron y Arlene quedó embarazada. Su

^{20/} En el caso de las encuestadas que han experimentado sólo un embarazo accidental, la distinción entre planificadoras “exitosas” y “parcialmente exitosas” nuevamente se hace en términos del período total de uso efectivo; i.e., una usuaria parcialmente exitosa habrá evitado los embarazos accidentales durante por lo menos un año y medio (o durante un promedio de un año y medio si se han hecho tentativas reiteradas), pero durante menos de dos años y medio consecutivos.

esposo estaba furioso y puesto que ella tampoco quería el embarazo, se buscó una partera que le hizo abortar por medio de inyecciones intrauterinas.

Después de esta experiencia, su marido intentó el coitus interruptus, pero después de practicarlo unos meses, se quejó de que esto lo ponía nervioso, así es que ella se cambió a la píldora. Cuando fue entrevistada, había estado utilizando las píldoras desde hacía un mes, pero había acudido a la clínica de planificación familiar para recibir el consejo de los expertos sobre su uso.

En cuanto al futuro, Arlene está decidida a no tener más hijos, pero no está muy segura de que esto vaya a ser fácil: "Es difícil, porque a veces una usa estas cosas, pero siempre tiene miedo, miedo de hacerse de otro hijo. Las uso pero todavía no creo nada; me lo paso pensando si es que en verdad van a servir. Una vecina dijo que fallan". Su marido no es de gran ayuda en este aspecto. En primer lugar, es considerado como un pésimo marido, que siempre anda detrás de otras mujeres, así es que le queda poco tiempo y pocas energías para hacer frente a los problemas de su familia. En segundo lugar, ella considera que la anticoncepción debería ser de responsabilidad del hombre: "Le he hablado muchas veces; me gustaría que él evitara, pero no quiere saber nada de eso. El dice: "No, las demás mujeres se las arreglan así es que tú también!"

A la luz de estas circunstancias, se tiene la impresión de que los anticonceptivos orales pueden resolver su problema, pero si ella presenta alguna dificultad para adaptarse fisiológicamente a la píldora puede verse obligada a recurrir nuevamente al aborto.

II. LA PLANIFICACION TEMPRANA

1. *Planificación temprana no exitosa*

Incluso recurriendo a la vez al aborto y a la anticoncepción desde una época temprana de su historia reproductiva, algunas mujeres no han podido evitar tener dos o más embarazos indeseados, o no han logrado atrasar la concepción o nacimiento durante un promedio de por lo menos un año y medio de uso en la mayoría de sus tentativas por limitar su familia.^{21/} Algunas, posteriormente, han abandonado estos esfuerzos; otras, los han renovado después de cada parto; mientras que otras han recurrido en forma inconsistente o ineficaz al control de la natalidad. Entre las mujeres clasificadas en esta categoría, algunas están esperando

^{21/} Las planificadoras tempranas que han incurrido en dos o más embarazos indeseados, sin embargo, se clasifican automáticamente en este subgrupo, sin tomar en cuenta la duración del control efectivo.

actualmente su sexto, séptimo u octavo hijo, mientras que otras se hallan sólo en su segundo embarazo; algunas han tenido varios embarazos accidentales o indeseados, o ambos, mientras que otras han tenido sólo un embarazo indeseado. En total, 12 mujeres (el 4 por ciento de las entrevistadas) se encuentran en esta categoría; sus historias de casos pueden tipificarse mediante los dos ejemplos siguientes.

Dalva. Dalva es una analfabeta de 28 años, de clase baja baja que no ha experimentado otra cosa que privaciones desde el momento que nació. Su familia huyó del Nordeste rural cuando ella tenía 9 años; al llegar a Río, la regalaron a una familia porque sus padres no tenían con qué criarla. Aprendió a realizar trabajos domésticos y pronto comenzó a trabajar como empleada para la familia bajo cuyo cuidado la habían colocado.

Igual como sucedió con la mayoría de sus experiencias en la vida, Dalva conoció a los hombres y al sexo de la manera más dura: “El tipo me hizo lesa, me dijo que se iba a casar conmigo. Dijo que sólo iba a ponerlo en mi muslo, pero antes de que me diera cuenta, lo metió ahí y sentí dolor y sangre. Más tarde, se fue para el Norte y me dejó con un anillo en el dedo. No le conté nada a mi familia porque mi padre siempre decía que si esto le pasaba a una de sus hijas, la mataría. Después que habían pasado dos años y como el tipo no volvía, me obligó a quitarme el anillo”.

Luego de esta experiencia, Dalva tuvo una serie de amoríos más o menos permanentes que le produjeron tres embarazos indeseados. En el primero de éstos, su amigo había estado usando preservativos durante dos meses, pero se descuidó y sobrevino un embarazo. En ese entonces ella trabajaba como empleada doméstica y la señora de la casa le dijo terminantemente que si volvía con el niño perdería su empleo. Puesto que ya era demasiado tarde para hacerse un aborto y que sus padres no estaban en situación de criar al recién nacido, y puesto que ella no estaba en condiciones de pagar una niñera permanente, regaló al niño cuando tenía dos días (ella asegura que a una familia rica de Sao Paulo).

La próxima vez que se le atrasó el período, Dalva bebió una mezcla de té, coñac, aspirina y algunos otros ingredientes dudosos, y de acuerdo a su versión, esto le produjo un aborto. Luego de éste, su primer aborto, tuvo un caso que le duró un año, durante el cual obligó a su pareja a practicar el coitus interruptus y de este modo pudo evitarse mayores dificultades. Otro amorío trajo consigo su tercer embarazo y, esta vez, a instancias de sus patronos, consultó a una abortera; al día siguiente de que le pusieran una inyección intrauterina, tuvo su segundo aborto.

Después vino su actual compañero, que la hizo retirarse de su trabajo como empleada doméstica y le instaló casa en una sucia pieza arrendada. Así, por primera vez en su vida, tiene una unión relativamente más permanente y su compañero hasta le ha prometido matrimonio algún día. Según afirma, un médico le había advertido anteriormente en contra de otros embarazos, a causa de su agudo problema de várices, por lo que Dalva se atenía a las infusiones "para hacer bajar el período". A los pocos meses, nuevamente quedó embarazada, con lo cual a su compañero le surgieron dudas acerca de la paternidad del niño. A pesar de las advertencias del médico en contra de otros nacimientos, Dalva les tiene un considerable temor a las aborteras ("una niña de 16 años, vecina de mi hermana, se quedó ahí en la camilla") y sólo recurrió a las infusiones caseras, que esta vez resultaron ineficaces.

Las perspectivas futuras de Dalva no se ven mejores; su actual compañero es boletero en una línea local de autobuses y su mal carácter lo lleva a cambiar de empleo cada tantos meses. Aparentemente ella entra en estas relaciones desgraciadas en un intento por conseguir un compañero y protector más permanente que reemplace a la familia que nunca tuvo. Por ejemplo, el sexo para ella es una obligación; nunca le gustó y el inmenso apetito sexual de su actual compañero es una fuente de discordia. No obstante, es más feliz que nunca antes, simplemente por que al fin a logrado un poco de seguridad.

Sin embargo, en vista de sus propios antecedentes y del temperamento de su compañero, es posible que pronto vuelva a quedarse sola. Con respecto a la planificación familiar, Dalva está esperando ahora su segundo nacimiento indeseado y espera someterse a la esterilización o comenzar a tomar la píldora, porque no se atreve a hacerse otro aborto.

Isabel. A la edad de 27 años, Isabel se encuentra en su décimo tercer embarazo. Nació en Río, terminó la escuela primaria y más tarde encontró un trabajo de oficina en un gran garaje. Incurrió en su primer embarazo cuando tenía 16 años, de un tipo que tenía la costumbre de seducir a niñas jóvenes: "Era mi enamorado y venía mucho a mi casa. Un día fuimos a la playa. Me gustaba, era de buena familia y prometió casarse conmigo. Más tarde, mi padre lo llevó a los tribunales y supimos que había sido citado a comparecer muchas veces por la misma causa y que incluso había estado en la cárcel. Entonces no quise casarme con él y de todas maneras su familia se opuso. Han estado criando a mi hijo desde que tenía un año. Más adelante, conocí a éste (su actual compañero), me gustó y estoy mejor así".

De este modo, Isabel comenzó a vivir con su actual compañero a la edad de 17 años. En los dos primeros años de esta unión, Isabel quedó

embarazada dos veces y, dado que ella y su compañero luchaban por arreglárselas con lo poco que tenían, se hizo abortos en esas dos ocasiones. Posteriormente, dio a luz dos varones dentro de los siguientes dos años; éstos fueron seguidos por un mortinato, dos abortos, dos nacidos vivos, otro aborto y otro nacido vivo, todos en el espacio de los seis años siguientes.

En resumen, a la edad de 27 años, Isabel había concebido doce veces; de estas gestaciones, seis fueron nacidos vivos, uno mortinato y cinco abortados. De los seis nacidos vivos, sólo cuatro están con ella todavía, ya que uno murió a la edad de 6 años y el otro (su primogénito) fue colocado con la familia del padre. Durante este tiempo, probó las duchas vaginales en algunas oportunidades, pero en vano; el tamaño y el espaciamiento de su familia durante este tiempo fue dominado por una determinante económica sencilla: "Cuando podía pagar el aborto, me lo hacía sacar; cuando no podía, lo dejaba venir".

Evidentemente cansada de este desfile constante de embarazos y abortos, Isabel siguió el consejo de su hermana y recurrió a los anticonceptivos orales. Con su ayuda consiguió evitar los embarazos durante dos años, pero un día se le acabó nuevamente el dinero y "Antes de que me alcanzara a dar cuenta, estaba embarazada otra vez". Ella y su compañero se pusieron frenéticos frente a este acontecimiento: "El hizo cuanto pudo para que lo abortase, compró un lote de remedios, sólo uno de ellos costó Ncr. 10.00, pero nada dio resultado". Como no tenían dinero para recurrir a una abortera, Isabel y su marido se resignaron frente a lo inevitable.

Después de este nacimiento, Isabel sólo puede esperar que le suceda algún milagro, pues no sabe de dónde va a sacar el dinero para las píldoras: "Los pobres no siempre tienen dinero suficiente para el tratamiento o para la medicina; un mes se acaba el dinero y bien, luego, ahí viene otra criatura en camino". Su marido es conceptuado en general como un hombre bueno, por lo menos en comparación con otros maridos, pero sus ingresos como tapicero independiente, no son suficientes para sacarlos de la clase marginal en que se encuentran, mucho menos para llevar a cabo un esfuerzo continuado de planificación.

2. La planificación temprana, parcialmente exitosa

La definición operacional de "parcialmente exitosa", formulada anteriormente con respecto a las planificadoras tardías, es igualmente aplicable a las mujeres clasificadas aquí en el sentido de que las 26 mujeres que se incluyen (el 8 por ciento de toda la muestra) tuvieron un máximo de dos nacimientos accidentales o un nacimiento indeseado. La principal diferencia, naturalmente, es que el presente grupo de mujeres inició sus

esfuerzos de control de la natalidad antes del tercer hijo nacido vivo. Dirce. Al igual que una proporción importante de mujeres, Dirce ha recurrido al aborto motivada en gran medida por una unión insatisfactoria e inherentemente inestable. Cuando tenía 15 años, Dirce salía con un pretendiente que era muy mal mirado por la familia de ella. De puro obstinada, siguió viéndolo y eventualmente tuvo relaciones sexuales con él. Cuando sus padres se enteraron, la obligaron a casarse con él aunque ninguno de los jóvenes deseaba formalizar esta unión.

Los primeros dos hijos de Dirce nacieron dentro de un período de dos años. Por esta época su marido estaba cumpliendo los pronósticos de mal agüero de sus padres; además de ser un promiscuo empedernido, resultó ser un flojo derrochador, que no se preocupaba en absoluto de la mantención de su familia. En tales circunstancias, Dirce se negó a darle más hijos y por consiguiente tuvo cuatro abortos consecutivos dentro de un período de tres años. Por no tener dinero para pagar los honorarios de los médicos y de las parteras, Dirce se provocó ella misma todos estos abortos, en cada caso bebiendo una mezcla de infusiones y analgésicos y reforzando éstos con inyecciones intrauterinas que obtenía en la farmacia.

Habiendo tolerado los maltratos de su marido durante cinco años, Dirce por fin lo dejó y, para mantener a sus hijos, comenzó a trabajar en la confección de decoraciones para el carnaval. Menos de un año después de la separación, comenzó a vivir con su actual compañero, lo que es considerado como un gran adelanto con respecto a su primer marido, aunque sí hace algunas salvedades con respecto a sus hábitos de tiempo libre.

Al iniciar esta unión, Dirce y su compañero acordaron no tener más hijos porque él también ya tenía varios hijos de un matrimonio anterior, y porque temían que la unión no resultara. Con este fin, Dirce comenzó a tomar anticonceptivos orales durante once meses, pero tuvo que abandonarlos a causa de sangramientos menstruales constantes (posiblemente resultado directo de los cinco abortos que ella misma se indujo). Cuando el sangramiento cesó, Dirce quedó embarazada por octava vez. Su primera reacción fue hacerlo abortar, pero su marido le aconsejó que no lo hiciera, aunque él tampoco estaba contento con el embarazo.

Sin embargo, buscó un doctor que fijó el precio del aborto en Ncr. 80.00, pero éste le dijo a Dirce que no podía realizar el aborto de inmediato porque el embarazo estaba recién en sus comienzos. Cuando volvió, unas semanas después, su precio había subido a Ncr. 150.00.

Como Dirce no estuvo en condiciones de pagar esto, a la edad de 25 años espera su primer embarazo indeseado.

Aunque el nivel de comunicación entre Dirce y su compañero es por lo general bajo, le han dedicado cierto pensamiento a los esfuerzos futuros de control de la natalidad. La propia Dirce es partidaria de probar las píldoras de nuevo, pero su compañero preferiría una serie de cuarenta inyecciones intrauterinas mensuales que supuestamente tendrían el efecto de esterilizarla en forma permanente. Dado que su experiencia con la píldora de todos modos ha sido desastrosa, ella tiende a estar de acuerdo con él. Sin embargo, de las diversas mujeres en nuestro estudio que han intentado esta disparatada cura en una época u otra, ninguna ha podido aguantar el dolor o la inflamación, o ambos, causados por estas inyecciones y, por consiguiente, es bastante probable que Dirce se vea enfrentada a una nueva disyuntiva en el futuro inmediato.

María José. María José vive con su marido y tres hijos en una casa de dos pisos que ha sido declarada inhabitable, en las márgenes de una *favela* de la Zona Norte. Nacida en un pueblo vecino del Estado de Río de Janeiro, emigró a Río con sus patrones a la edad de 16 años. Había tenido relaciones con un pretendiente unos meses antes del traslado, pero no sobrevino un embarazo. En Río conoció a su actual amigo y a la edad de 18 años se fue a vivir con él. Su primer embarazo terminó en un aborto espontáneo y un año después tuvo mellizos que murieron al mes de nacer.

En este momento, después de haber vivido con su compañero durante dos años y experimentado dos embarazos: "Hable con él y le impuse mis condiciones; vivir con él y tener hijos sin siquiera estar casada, simplemente no iba conmigo. Así es que preparó los papeles y nos casamos". Al año siguiente, dio a luz una mujercita y después de esto instó a su marido para que hiciera algo por evitar futuros embarazos. En respuesta a sus ruegos él comenzó a usar preservativos pero ella los encontró tan repulsivos que lo obligó a dejarlos después de un breve período de prueba y poco después quedó embarazada otra vez. En el intervalo siguiente, no hizo ninguna tentativa de anticoncepción, pero cuando quedó embarazada nuevamente, recurrió a un médico para que le hiciera un aborto.

Con dos hijos a su haber, comenzó a usar comprimidos efervescentes durante algunos meses, pero quedó embarazada mientras los usaba. Su marido la llevó entonces donde una abortera: "Quería que me lo sacara; me llevó donde una partera y cuando llegué allá me dio tanto asco lo que ví que no quise seguir adelante. Ella hacía abortos de criaturas que

ya estaban grandes y arrojaba todo en un rincón. Así es que me arrepentí y dejé que viniera el niño". Después de este nacimiento, comenzó a tomar la píldora y la usó en forma efectiva durante dos años antes de descuidarse y quedar de nuevo embarazada. Esta vez recurrió a un médico para que le practicara un aborto.

Desde éste, su segundo aborto, María José ha estado usando la píldora en forma efectiva durante dos años, pero el temor de quedarse sin dinero o de descuidarse otra vez la impulsó a consultar la clínica de planificación familiar, a fin de que se colocaran un DIU o para que le dieran una provisión gratis de píldoras: "lo que el doctor recomienda".

En total, entonces, María José ha tenido siete embarazos; de éstos uno fue un aborto espontáneo, dos fueron abortados y uno mellizos que murieron al poco tiempo de nacer, de modo que ahora tiene tres hijos, uno más de lo que considera como tamaño ideal de familia. El más pequeño ya tiene cuatro años y ella está decidida a seguir evitando los nacimientos: "Tengo amigas que ya han tenido un racimo de críos en ese tiempo. Pero yo salto para un lado y después salto para el otro, y de alguna manera me las arreglo, pero simplemente no voy a tener más críos".

Aunque ella ha estado involucrada en una sola unión permanente a lo largo de los últimos once años, este matrimonio dista mucho de ser satisfactorio: "En los últimos tiempos no nos hablamos mucho. Todo termina siempre en peleas y discusiones". En años recientes, a su marido le ha dado por pasar la mayor parte de su tiempo en la calle y esto es un motivo constante de peleas que sólo contribuyen a acentuar la decisión de María José de evitar futuros nacimientos. Entre la motivación derivada de su situación marital, de su condición socio-económica marginal y el hecho de que actualmente la amenazan con expulsarlos de su hogar, tenemos la impresión de que María José se las va a arreglar de alguna manera para no tener más hijos, incluso aunque tenga que recurrir al aborto otra vez.

3. La planificación temprana exitosa

Las 12 mujeres incluidas en este grupo han demostrado capacidad para evitar los nacimientos indeseados y accidentales durante un intervalo considerable de tiempo, que de nuevo es fijado operativamente en un mínimo de dos años y medio. Es notable, además, que las mujeres clasificadas aquí han estado prácticamente todas involucradas en uniones múltiples y/o amoríos, en uniones no aprobadas socialmente o en uniones que de otro modo son inherentemente inestables o irregulares. Por consiguiente, sus esfuerzos de planificación familiar se realizan

sobre una base que podríamos llamar temporal, de un mes a otro; la mayoría de las mujeres en este grupo han participado en varias uniones y, aunque han resultado ser planificadoras efectivas, no se podría afirmar que alguna de ellas ha diseñado su familia de acuerdo con objetivos predeterminados.

El número de abortos que se han hecho estas mujeres varía de uno a nueve, siendo el promedio de más de 4,5 abortos por entrevistada.

Margarida. Margarida se casó a la edad de diecisiete años, pero después de más de un año de peleas constantes, dejó su bebé de meses con los padres de ella para que lo criaran y abandonó a su marido. Nacida y criada en el vecino Estado de Espirito Santo, emigró a Río después de su separación y desde entonces le ha ido muy bien en términos de mejoramiento de su situación económica. Actualmente tiene una licencia de chofer profesional (una de las primeras expedidas a una mujer en el Estado de Guanabara) y trabaja como una especie de chofer-empleada doméstica para una familia rica, ganando aproximadamente US\$ 75,00 al mes.

Después de su separación del marido, Margarida, impulsada por un apetito sexual por encima de lo común, inició una serie de amoríos que le produjeron un total de seis embarazos en los siguientes cuatro años. Todos éstos fueron abortados. Confiesa que no puede aguantar estar más de tres días sin relaciones sexuales: "Hay gente como yo que no se pueden pasar sin relaciones, se ponen nerviosas. Me pongo toda nerviosa y me duelen tanto las piernas que ni siquiera puedo trabajar cuando no las tengo... Fui donde un doctor que me dijo que era por falta de relaciones".

En las etapas iniciales de la entrevista, Margarida afirmó que los primeros siete embarazos que tuvo fueron engendrados por su primer marido quien, a pesar de la separación, venía a visitarla periódicamente a Río, dejándola embarazada en cada oportunidad. A medida que se fue desarrollando la entrevista, se hizo evidente que sus embarazos de hecho eran atribuibles a una paternidad más diversificada y menos aceptable socialmente.

De cualquier modo, tuvo seis abortos en sus primeros cuatro años en Río. Los tres primeros fueron inducidos por un médico que, en cada caso, la anestesiaba y le provocaba los abortos por medio de inyecciones intrauterinas. En su cuarto aborto, Margarida buscó a una partera que realizó el mismo servicio por honorarios más modestos mediante el uso de una sonda de goma. Aparentemente, halló que ésta era una manera más práctica y más barata de abordar las cosas, puesto que, de allí en adelante, se compró un pedazo de manguera de goma, lo esterilizó con alcohol y se indujo ella misma el resto de sus abortos.

Después de su sexto aborto, Margarida estableció una unión más permanente con un marinero que ganaba un buen sueldo y que estaba empleado en un club de yates privado. A estas alturas, realizó su primera tentativa de anticoncepción, con duchas vaginales que contenían una solución de vinagre y agua, pero pronto se aburró porque era muy incómodo. En un intento de lograr la esterilización permanente, se hizo colocar tres de una serie de diez inyecciones intraúterinas profilácticas mensuales, pero abandonó este tratamiento porque era demasiado doloroso. Luego tuvo tres abortos más, inducidos por ella misma, sin el conocimiento de su compañero, antes de recurrir a los anticonceptivos orales.

Margarida había usado la píldora durante seis meses, cuando su compañero decidió que quería que ella tuviese un niño. Ella estuvo de acuerdo e interrumpió el uso de la píldora, pero su primera tentativa terminó en un aborto espontáneo. En la actualidad, está nuevamente embarazada y tiene muchas esperanzas de presentarle a su compañero un nacido vivo.

La compleja y turbulenta historia reproductiva de Margarida tiene su origen indudablemente en su apetito sexual. Por otra parte, ella está consciente de la índole de su problema reproductivo y de conformidad con éste simplemente recurrió en forma reiterada a lo que para ella constituía el expediente de planificación más accesible: el aborto. Su actual unión es hasta aquí satisfactoria y, con sus ingresos conjuntos, la pareja goza de un nivel de vida privilegiado en comparación con el promedio de la muestra. Margarida planea volver a los anticonceptivos orales después de este nacimiento, pero en realidad preferiría la esterilización a fin de eliminar permanentemente el problema del control de la natalidad.

Aparecida. Pasó su niñez en el campo, en el Estado de Río de Janeiro, a la edad de 16 años se trasladó a Nova Aguapé en la periferia del Área del Gran Río. Cuando tenía 20 años, su pretendiente, que era mal mirado por los padres de ella, al parecer la forzó a tener relaciones con él y de este modo cambió el curso de su vida: "Un día me fue a buscar para que fuéramos a visitar a unos amigos; cuando llegamos allí, no había nadie en casa, y dijo que yo era ahora su mujer, aunque en realidad yo no lo era". Como resultado de este percance, a Aparecida se le consideró como una mujer "perdida" y unos meses más tarde fue obligada a vivir con el tipo aunque no había sobrevenido un embarazo.

Al año siguiente, su primer embarazo terminó en un aborto espontáneo, y un año más tarde, Aparecida dio a luz una mujercita, luego de lo cual comenzó a usar pomadas anticonceptivas; éstas fracasaron después de usarse durante un año y Aparecida quedó embarazada por

tercera vez, pero el niño murió a los seis meses de nacer. En este momento, ella se separó de su primer compañero, llevándose consigo a su niñita; Aparecida pasó entonces tres años sin tener un compañero regular, pero tuvo dos embarazos como resultado de amoríos casuales; ambos fueron abortados.

Hace dos años, se juntó con su actual compañero y dado que ambos eran legalmente solteros y se llevaban bien, decidieron casarse por el civil. Poco después, satisfaciendo los deseos de su marido de tener un hijo propio, dio a luz a su segunda mujercita, pero cuando quedó embarazada de nuevo se hizo un aborto sin el conocimiento de su marido: "Los primeros dos abortos me los hice porque no tenía un lugar que pudiera llamar mío, yo ni siquiera conocía a este hombre, así es que no los dejé venir. Con el último fue porque la niña estaba muy pequeña y todavía la estaba amamantando. El no supo que yo estaba embarazada porque si le digo habría querido que me quedase con el crío y la otra todavía estaba demasiado pequeña".

Si dependiera de Aparecida, dejaría de tener hijos a partir de ahora mismo, pero su marido quiere por lo menos uno más, un varón, y ella está dispuesta a darle el último hijo, pero no de inmediato. Cuando fue entrevistada en la clínica de planificación familiar, Aparecida había estado usando pomadas anticonceptivas durante aproximadamente un año, pero quería algo más seguro para espaciar su próximo embarazo. Su historia deja la impresión de que si llegara a quedar accidentalmente embarazada antes de estar lista para otro nacimiento, Aparecida no tendría ningún escrúpulo en provocarse otros abortos.

B. PLANIFICACION A TRAVES DEL ABORTO SOLAMENTE

De las 76 mujeres que han pasado por uno o más abortos inducidos, sólo 9 no han usado nunca ningún otro método de control de la natalidad. A causa de este reducido número, sería superfluo presentar estudios de casos que ilustren diversas categorías de planificadoras tempranas y tardías, exitosas e inefectivas. Basta con observar que de las 9 mujeres, 2 fueron planificadoras tempranas exitosas, 2 tempranas parcialmente exitosas, 2 tempranas no exitosas, 1 tardía parcialmente exitosa y 2 tardías no exitosas. Sólo se presentarán aquí dos casos que ilustran respectivamente la planificación exitosa y no exitosa a través del aborto.

Carolina. Nacida en una zona rural del Estado de Bahía, Carolina vino para trabajar como empleada doméstica en Río cuando tenía 14 años. Ella ya había tenido experiencia sexual antes de la emigración y después

de su llegada a Río tuvo una serie de pretendientes, pero nunca vivió con ninguno. Aunque ni ella ni sus diversas parejas usaron nunca ninguna forma de anticoncepción, Carolina sólo incurrió en su primer embarazo cuando tenía veinte años. Cuando este embarazo llegó a término el niño fue colocado en un orfanato, ya que Carolina no estaba en situación de poder criarlo.

Aunque Carolina no está segura respecto a fechas, es evidente que su primer hijo nacido vivo fue seguido por dos abortos. Luego de esto, formó su primera unión semipermanente y, cuando quedó embarazada por ésta, permitió que el embarazo continuara adelante en forma normal.

Desgraciadamente para Carolina, sin embargo, su compañero mantenía en forma simultánea una relación semejante con otra mujer. Ocho días después de que Carolina diera a luz, "Nos separamos porque él ya tenía otra mujer con hijos. Mi criatura sólo tenía ocho días cuando él se fue para el Nordeste abandonándonos a las dos; dijo que no podía mantener a dos familias, así es que por eso se iba".

A fin de que Carolina pudiese seguir trabajando como empleada doméstica, el niño fue entregado a una conocida para que lo criara y Carolina contribuye en la actualidad con la mitad de su sueldo al mantenimiento del niño. Un año después, experimentó su quinto embarazo y lo hizo abortar; posteriormente, incurrió en su sexto y actual embarazo, frente al cual tiene la siguiente reacción: "Traté de sacármelo; tomé unos remedios, pero no resultó. Estaba triste porque voy a tener que entregar éste también. No tengo dinero para criarlo". No sabe quien es el padre del niño y su única esperanza es poder encontrar una familia rica que lo acepte y le dé una buena educación.

En resumen, a los 25 años, Carolina ha tenido seis embarazos, tres de los cuales se hizo abortar, mientras que los otros tres tendrán que ser criados por otra persona. Paradójicamente, es significativo que Carolina se haya visto envuelta en estas dificultades, a pesar del hecho que el sexo es poco importante y desagradable para ella. Aparentemente, ella busca algún tipo de seguridad socio-psicológica con un compañero estable y piensa que la mejor manera de lograr esto es a través de la actividad sexual. Por ejemplo, la valoración que hace ella de la importancia de la vida sexual está planteada en términos de su efecto en la cimentación de una relación entre un hombre y una mujer; por desgracia para ella, sin embargo, ha llegado tardíamente a la conclusión de que "Si tienes sexo, los hombres se van; si no lo tienes, se alejan de todas maneras, por lo tanto el sexo no es importante".

Carolina nunca ha hecho uso de la anticoncepción aunque ha oído

acerca de varios métodos; la razón que da para no usarlos: falta de dinero. En la actualidad espera ser esterilizada, pero dado que el costo de una operación semejante es ciertamente prohibitivo en términos del sueldo que gana como doméstica, es probable que recurra al aborto nuevamente o de otro modo traerá otros huérfanos al mundo.

Esmeralda. Nacida en una ciudad del Nordeste, Esmeralda vino a Río con sus padres cuando sólo tenía 5 años. Fue a la escuela durante tres años, pero luego tuvo que salir a buscar trabajo. A la edad de 16 años, inició su primera unión consensual, que habría de durar por un total de 8 años. Su primer hijo nació un año más tarde, pero en vista de la situación económica marginal de la pareja, tuvo que regalarlo. Este embarazo fue seguido luego por una serie de diez más dentro de un intervalo de seis años, todos los cuales fueron abortados. Durante cada uno de estos intervalos no usó ningún anticonceptivo, pero apenas tenía una evidencia positiva de que estaba embarazada, Esmeralda recurría a los servicios de un doctor o de una matrona. En cada caso, el motivo del aborto era el mismo: la situación económica de la pareja era muy precaria y Esmeralda no se podía permitir el lujo de dejar su trabajo, ni siquiera en forma temporal.

Después de estos diez embarazos, Esmeralda decidió que podía relajarse un tanto y, cuando quedó embarazada otra vez, permitió que la gestación llegara a término. Cuando el niño nació, sin embargo, su compañero la abandonó, llevándose consigo al niño. Poco tiempo después, Esmeralda se juntó con su actual compañero; este hombre trabajaba como vendedor de boletos en una línea local de autobuses y su situación económica era igualmente mala. Para colmo de males, poco después de juntarse con Esmeralda, él enfermó del pulmón y fue despedido. Fiel a sus hábitos, su primer embarazo terminó en un aborto, pero al quedar nuevamente embarazada, por décimocuarta vez, permitió que llegara a término el embarazo porque su compañero "Quería un hijo propio".

Esmeralda afirma que se halla contenta de haber permitido el embarazo, porque los dos hijos que tuvo primero no están con ella y de este modo ella siente como si estuviera empezando su familia de nuevo.

En total, entonces, Esmeralda se halla actualmente en su décimocuarto embarazo, once de los cuales fueron abortados. Ella sostiene que siempre ha sabido que la anticoncepción sería mejor que el aborto, pero que nunca tuvo el dinero para comprar anticonceptivos. Con respecto al futuro, Esmeralda afirma que ella ha discutido el problema con su compañero y que "El ha prometido comprarme unos remedios, aunque eso signifique que tengamos que recortarnos en la alimentación".

Por su descripción, parece que Esmeralda está feliz en esta unión; lo único que reclama de su compañero es su mala salud, complicada por una tendencia a la flojera. Es interesante observar que, a pesar de sus catorce embarazos (o quizás a causa de ellos), Esmeralda considera al sexo simplemente como una obligación más aunque es importante porque "Para eso es el matrimonio"; su compañero insiste en tener relaciones todos los días, mientras que Esmeralda se describe a sí misma como "fría" y afirma que ella se inquieta acerca de un posible embarazo durante las relaciones sexuales. Está decidida ahora a comprar algo para evitar las futuras gestaciones, pero al tener sólo un vago conocimiento de los métodos anticonceptivos y dadas sus precarias condiciones de vida, es dudoso que ella pueda encontrar el dinero para mantener una provisión constante de anticonceptivos. Por consiguiente, el aborto constituye su única posibilidad realista.

CONCLUSIONES

Basado en la premisa de que el aborto constituye un camino significativamente diferente a la limitación de la familia, el presente capítulo ha intentado ilustrar algunas de las circunstancias, factores y consecuencias que caracterizan a la selección del aborto como medida de control de la natalidad. Las 76 mujeres que han tenido por lo menos un aborto durante el curso de su historia reproductiva, inicialmente fueron divididas de acuerdo a si sólo habían intentado el aborto como medio para regular el tamaño de sus familias o si habían hecho uso tanto del aborto como de la anticoncepción; la preponderancia del último grupo resultó ser abrumadora, ya que sólo 9 de las 76 mujeres consideradas en este capítulo nunca habían hecho uso de los anticonceptivos.

Posteriormente, las mujeres que recurrieron al aborto por lo menos una vez fueron divididas en planificadoras tempranas y tardías, exitosas, parcialmente exitosas y no exitosas. Unas tres cuartas partes de estas 76 mujeres habían comenzado sus tentativas de planificación familiar antes de la incidencia de un tercer nacido vivo. Estas planificadoras tempranas tienden a ser algo más efectivas que las planificadoras tardías; sin embargo, su mayor proporción se encuentra en la categoría parcialmente exitosa. En total, un 45 por ciento de todas las mujeres que han incurrido en un aborto está situado en este grupo intermedio, el 24 por ciento fue clasificado como planificadoras exitosas y el 32 por ciento como planificadoras no exitosas.

IV. LA PLANIFICACION A TRAVES DE LA ANTICONCEPCION

El denominador común entre las mujeres cuyas historias de planificación familiar se resumen e ilustran en este capítulo radica en el hecho de que ellas (o sus compañeros) han realizado un esfuerzo relativamente sostenido para planificar el tamaño y el espaciamiento, o ambos, de su prole, utilizando algún método anticonceptivo. Algunas han tenido un éxito total mientras que los esfuerzos de las otras se han visto frustrados; algunas han comenzado temprano; otras tarde. Las metas que se habían fijado en cuanto al tamaño de sus familias y los medios que han usado para lograrlas varían mucho, pero todas ellas han tratado de hacer algo por regular su comportamiento reproductivo sin recurrir, sin embargo, al aborto.

En conjunto, 101 entrevistadas, o sea un 30 por ciento de la muestra total, fueron clasificadas en esta categoría porque ellas o sus esposos habían hecho uso de la anticoncepción durante por lo menos dos meses sucesivos. Como se muestra en el cuadro N° 4, un 56 por ciento de esas mujeres inició sus actividades de planificación familiar en una etapa temprana de su historia reproductiva. Tanto las categorías temprana como tardía demuestran una clara progresión desde las proporciones más pequeñas en la categoría de la planificación exitosa hasta las más grandes en la categoría no exitosa: esta diferencia es, por otra parte, particularmente acentuada entre las planificadoras tardías.

I. USO TARDIO DE LA ANTICONCEPCION

Las planificadoras tardías, en forma característica, han dejado que la naturaleza siga su curso en los embarazos iniciales, no porque específicamente desearan los hijos, sino más bien porque, en la práctica, no tenían conciencia de la posibilidad de planificar, porque nunca se habían planteado efectivamente las alternativas posibles o sencillamente porque era más fácil no hacer nada acerca del número y el espaciamiento de sus hijos.

En una etapa posterior de su historia marital o procreativa, estas

Cuadro 4

DISTRIBUCION DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS,
DE ACUERDO A LA SECUENCIA TEMPORAL Y AL
EXITO DE LA PLANIFICACION

(En porcentajes)

Efectividad	Secuencia temporal		
	Tempranas	Tardías	Total
Exitosas	12,9	2,0	14,9
Parcialmente exitosas	18,8	14,9	33,7
No exitosas	24,7	26,7	51,4
<i>Total^{a/}</i>	<i>56,4</i>	<i>43,6</i>	<i>100,0</i>

a/ N= 101

mujeres se dieron cuenta que ya tenían todos los hijos, o más de los que deseaban en ese momento o de que es posible regular conscientemente las actividades de la reproducción. Este reconocimiento las llevó a intentar evitar o por lo menos postergar los nacimientos futuros.

Como se observó anteriormente, las planificadoras tempranas y tardías se distinguieron en términos de la etapa en la cual la entrevistada inició alguna acción definida de control de la fecundidad. Así, las 44 encuestadas (el 12 por ciento de la muestra total) clasificadas como usuarias tardías de la anticoncepción tenían por lo menos tres nacidos vivos antes de intentar cualquiera forma de anticoncepción. Las tentativas posteriores fueron exitosas, parcialmente exitosas o no exitosas.

1. Uso tardío inefectivo

Más de la cuarta parte de las 101 mujeres de esta muestra que han realizado, en una época u otra, un intento serio por planificar el tamaño de su familia sólo por medio de la anticoncepción, se hallan incluidas en esta categoría. Las 27 mujeres de este grupo no han logrado retrasar la concepción durante un lapso promedio mínimo de un año y medio para cada tentativa. Han experimentado un promedio de 5,6 embarazos por mujer.

Cecilia. Con 29 años al momento de la entrevista, Cecilia ha tenido nueve embarazos en dos uniones que han durado un total de trece años. Carioca nativa, Cecilia se inició en la actividad sexual a la edad de 15 años: "Estaba saliendo con un muchacho y fuimos a una fiesta;

recuerdo que bebí algo y ahí fue cuando me sucedió”. Posteriormente, ella continuó viéndolo al mismo muchacho y de resultas de esto tuvo dos embarazos mientras todavía seguía viviendo con su madre.

A los 18 años de edad, cuando Cecilia estaba esperando su tercer hijo, su amigo le instaló casa a ella y a los niños. Cuando tenía 22 años y esperaba su quinto hijo, se casaron por el civil. Después de este nacimiento, una amiga le mostró cómo se usaba la ducha vaginal y logró con este método evitar la concepción durante más de un año antes del próximo embarazo indeseado, el que eventualmente terminó en un aborto espontáneo: “Estaba embarazada de un mes cuando tuve la influenza; tomé unas aspirinas y unos días después me llegó el período”.

Después ella intentó la ducha vaginal con una mezcla de aspirina disuelta en té caliente y de este modo evitó los embarazos por seis meses, pero estas aplicaciones también tuvieron como resultado una sangría menstrual continua, así es que tuvo que dejar de hacerlas. Poco tiempo después, tuvo dos embarazos más en menos de dos años, después de los cuales su compañero súbitamente la abandonó.

A Cecilia no le quedó otro recurso que mudarse con sus siete hijos a la ya atestada casa de su madre. Allí, diecisiete personas (diez adultos y siete niños) se amontonaban en una casa de dos dormitorios, una sala de estar, un baño y cocina.

Un año después de ser abandonada por su primer compañero, comenzó a salir con otro hombre e inició una unión sexual con éste. Ni su madre ni sus hijos sabían que Cecilia se estaba viendo con este hombre y como la pareja no tenía esperanzas inmediatas de establecer una casa más permanente, Cecilia fue a consultar a un médico y usar la píldora: “En mi situación, no podía aparecer con otro niño por ningún motivo”. Después de más de un año de esta relación una vez por semana, su compañero le ofreció instalarle casa, pero su experiencia anterior le había hecho desconfiar de establecer precipitadamente una unión duradera.

En este momento, su compañero tuvo que mudarse a São Paulo y más tarde le mandó decir que quería que Cecilia y sus hijos se fueran a vivir con él. Mientras tanto, ella descubrió que nuevamente estaba embarazada, aunque insiste en que ella tomaba las píldoras de acuerdo a las indicaciones; de cualquier modo, el embarazo le reportó a Cecilia grandes inquietudes: “Me volví loca, aquí estoy en la casa de mi madre, separada de mi marido, madre ya de tantos hijos, incluyendo dos hijas ya grandecitas, tenía tanta vergüenza”. Pensó hacerse un aborto, pero no tuvo “valor” para hacerlo.

A pesar de su aguda motivación para evitar todo embarazo, Cecilia

no está aún dispuesta a recurrir a la abstinencia sexual como cura para sus problemas de planificación familiar. En vista de su conocimiento aún rudimentario sobre la anticoncepción, la posibilidad de que tenga más hijos indeseados no es muy lejana.

Virgulina. Virgulina tiene 25 años y actualmente espera su cuarto hijo en los últimos siete años. (También tuvo un aborto espontáneo durante ese período). A los 18 años, quedó embarazada luego de un amorío casual, pero se negó a casarse con el padre de su hijo porque aquél era un irresponsable. A la sazón, Virgulina estaba embarazada de dos meses cuando encontró otro amigo que consintió en hacerse responsable del niño; en realidad, simplemente se fue a vivir con ella en la casa del padre de Virgulina y desde entonces residen allí.

Ni Virgulina ni su compañero deseaban explícitamente una familia grande, pero los niños no dejaban de llegar, de modo tal que en los cuatro años siguientes tuvo tres embarazos más, incluyendo un aborto espontáneo. En este momento, no pudiendo arreglárselas para vivir con el sueldo de barrendero de su marido, decidió hacer algo por evitar futuros embarazos. Con este fin, su compañero comenzó a practicar el *coitus interruptus*, pero no le agradó, así es que lo abandonó después de algunas tentativas. Virgulina consultó entonces con una amiga, la que le recomendó la píldora. Tomó la píldora durante seis meses, pero de repente quedó embarazada de nuevo, sin que ella pudiera imaginárselo.

En vista de sus limitadas posibilidades económicas, complicadas por el hecho de que su compañero había sido despedido de su trabajo por ese entonces, la noticia del embarazo sólo trajo tristeza; pero, dado que ella considera que el aborto es una medida extremadamente peligrosa (tenía una amiga que murió en la mesa de la abortera), a la pareja no le quedó otra cosa que resignarse frente a lo inevitable.

Como resultado de esta experiencia, Virgulina se desilusionó de la posibilidad de planificar la familia: "Pienso que depende de la persona, cada una es como es. Por lo menos en mi caso, estaba tomando la píldora, como se suponía que debía hacerlo y de todos modos quedé embarazada". Sin embargo, al preguntársele mayores detalles, resultó claro que Virgulina había tomado las píldoras cuando pensaba que las necesitaba; por ejemplo, cuando no había tenido relaciones no tomaba ninguna píldora, pero se tomaba dos al día siguiente de tener relaciones.

De cualquier modo, Virgulina no puede desistir en sus intentos; el hogar de sus padres se pone cada día más apretado y pronto tendrán que buscar alojamiento propio. En estas circunstancias, tiene la intención de consultar a un médico después del nacimiento de su actual bebé y espera "Que me recomiende una píldora más fuerte". Su

compañero no pondrá ninguna objeción; además es un tipo trabajador que está tratando de avanzar en la vida tomando todos los empleos que puede obtener. A pesar de gozar de una situación marital satisfactoria, los aprietos socio-económicos conllevan una fuerte motivación a la planificación; sin embargo, la ignorancia que tienen respecto a la anti-concepción es notable y puede constituir un obstáculo formidable para las tentativas futuras de planificación familiar.

2. *Uso tardío, parcialmente exitoso*

Las 15 mujeres incluidas en esta categoría han tenido todas cierto éxito en el control del tamaño de su familia en algún momento después del nacimiento de su tercer nacido vivo. Han logrado éxito en el retraso de la concepción por un mínimo de un año y medio como promedio, teniendo nacimientos posteriores que son o accidentales o no deseados.

Marina. Marina es una carioca nativa de 26 años, perteneciente a la clase baja media, y actualmente se halla en su quinto embarazo. A los 17 años, sus padres no le permitieron casarse con un joven considerado por ellos en aquel tiempo como un alcohólico en ciernes. Con la esperanza de forzar un matrimonio eventual, la joven pareja comenzó a tener relaciones sexuales y, un mes antes de que el consiguiente embarazo llegase a término, se casaron en una ceremonia civil y religiosa.

Un año después nació su segundo hijo; antes de dos años después de éste, Marina dio a luz a una pareja de mellizos, pero éstos murieron al mes. Al año siguiente trajo al mundo otro niño, por lo que Marina ya tenía tres niños vivos, todos menores de cinco años. Los ingresos de su marido como tapicero, además de no ser estables, eran insuficientes para resistir la erosión provocada por el ritmo de un embarazo al año, y Marina aspiraba a complementar estos ingresos trabajando ella también.

En vista de estas circunstancias, Marina le pidió al médico que la atendía que la aconsejara respecto a anticonceptivos cuando se hallaba en su último embarazo. Este le recomendó las píldoras y con éstas Marina evitó quedar embarazada durante los tres años siguientes. Mientras tanto, Marina comenzó a trabajar en su casa en la confección de cojines recubiertos de plástico; su marido, además, por fin dejó la bebida. Sin embargo, después de tres años de uso, las píldoras empezaron a ponerla nerviosa y debió dejarlas. Ensayaron el *coitus interruptus* durante un tiempo, pero a su marido no le gustaba y ella tenía un sentimiento de culpa por ello: "De todos modos, estaba mal". Por consiguiente, se cambió al "libro"; su vecina tenía un libro que indicaba el uso correcto del método de la abstinencia periódica y tenía una larga historia de anti-concepción exitosa con esta norma. No

obstante, Marina en realidad no tenía idea de cómo funcionaba este sistema y dos meses más tarde estaba embarazada de nuevo, situación que sumió en el desconsuelo a la pareja.

En cuanto a las intenciones futuras respecto a la procreación, Marina está decidida a no tener más hijos, pero tiene escasas nociones de cómo lograrlo. Su primera experiencia con la píldora fue negativa y no piensa correr el riesgo de convertirse en un atado de nervios; el *coitus interruptus* ha sido eliminado sobre la base de que es inmoral y de que interfiere con el placer sexual. El único método atenente que les queda es el de la abstinencia periódica que, según Marina, su esposo aprueba. Pero, en realidad, ni Marina ni su marido tienen una idea clara de la abstinencia y de los periodos involucrados en este método.

En suma, Marina se ve enfrentada a un dilema espinudo: está decidida a no tener más hijos, pero ninguno de los métodos anticonceptivos conocidos le es satisfactorio. Por consiguiente, la probabilidad de que tenga otros hijos indeseados o de que recurra al aborto es bastante elevada. Está consciente de este hecho al declarar: "A veces la persona no desea tener hijos, pero no puede evitarlos porque no puede tomar ciertas medicinas; ella ya no quiere tener hijos, pero éstos simplemente siguen llegando".

Dercy. Dercy nació en el campo, en el Estado de Río de Janeiro, pero fue criada en una ciudad pequeña en la periferia del Area del Gran Río, donde vive actualmente a la edad de 28 años. Cuando se casó con un albañil del local, a los 18 años, no tenían idea alguna de cuántos hijos querían y ni siquiera de que se podía ejercer algún control sobre este proceso natural: "Mis tiempos fueron muy atrasados, nadie hablaba jamás de estas cosas".

Dos años después de su matrimonio nació el primer hijo de Dercy. Este fue seguido de cuatro embarazos más en los seis años siguientes: "El único motivo por que no tuve más, fue porque tuve suerte". En algún momento durante este desfile constante de niños, decidió que preferiría no tener tantos, pero era poco lo que podía hacer al respecto: "Si me hubiese tocado decidir a mí, preferiría haber tenido sólo dos, pero era muy tímida, mi marido se había criado en el campo así es que me daba vergüenza hablarle de eso. Otras personas a veces me decían que debería orientarlo, pero yo no me atrevía".

Sin embargo, por el hecho de depender de los empleos esporádicos de su marido como albañil, la vida con una familia que crecía rápidamente implicaba considerables penurias: "No podemos llevar un control de nuestro dinero, porque mi marido sólo gana cuando encuentra trabajo. Hace poco ganó Ncr. 90 (US\$ 22) en una semana, pero ahora

ha pasado dos meses sin trabajo. A veces no nos quedan arroz ni frijoles y tengo que salir a comprar. Si no hay dinero, tomamos un poco de café, nos comemos un pedazo de pan y nos vamos a dormir. Lo que pasa dentro de nuestra casa no tiene por qué saberlo nadie”.

A pesar de esta actitud fatalista, está claro que Dercy se vuelve cada vez más impaciente con la indiferencia o taciturnidad, o ambas, de su marido frente a la familia que crece: “Nunca mostró ninguna reacción cuando yo quedaba embarazada. Desde la primera vez que quedé esperando, nunca se le ha ocurrido pensar en lo que gana o no gana. Tengo que pensar en todo, resolver todos los problemas por mí misma”. Por eso, cuando tuvo su quinto hijo, decidió hacer algo para evitar futuros embarazos y le pidió al médico que la atendía que la aconsejara. Este último se dio cuenta inmediatamente de la naturaleza de su problema y mandó llamar al marido para darle un sermón acerca de la posibilidad y conveniencia de la planificación familiar. Entonces, “Mi marido estuvo en seguida de acuerdo en que había que hacer algo; cualquier cosa que dijeran en el hospital estaría bien”.

Poco tiempo después, Dercy copió el nombre de las píldoras anticonceptivas de la receta de su hermana y encontró dinero para comprarlas. Mediante el uso de éstas, logró evitar el embarazo durante un año y medio, pero la posibilidad de que de repente pudiera quedarse sin dinero se le presentaba como inevitable, de modo que cuando una visitadora social le habló acerca de la clínica de planificación familiar, acudió muy pronto a ella para que le colocaran un DIU. Al ser entrevistada hacía un mes que le habían colocado el DIU y había acudido a la clínica para una revisión de rutina.

3. *Uso tardío exitoso*

Las entrevistadas en esta categoría han demostrado una capacidad para hacer un uso efectivo de la anticoncepción durante un mínimo de dos años y medio de uso. La anticoncepción en estos casos sólo ha sido posteriormente interrumpida por nacimientos deseados o por un embarazo accidental. El hecho de que sólo dos de nuestras 338 entrevistadas se clasificaron en este grupo posiblemente indica que mientras más temprano se inicia la planificación familiar, más probabilidades de éxito tiene. Pero es casi seguro que la pequeña proporción en esta categoría es parcialmente una función del grupo de edades seleccionadas para la muestra; la gran posibilidad de que un número considerable de mujeres eventualmente terminen en este grupo presta un interés adicional al expediente personal de Geraldina.

Geraldina. Nacida y criada en una zona rural de Minas Gerais, Geraldina

se acostumbró a las penurias materiales desde temprana edad. Huérfana cuando todavía era una niña, fue criada por su tío y tan pronto tuvo edad suficiente para sujetar un azadón la mandaron a cultivar la tierra. A los 16 años, se casó en una ceremonia religiosa (la ceremonia civil se realizó cuatro años después) y al año su primer embarazo terminó en un aborto espontáneo. Cuando a la edad de 25 años migró a Río con su marido e hijos, se hallaba esperando por sexta vez. En el hospital donde nació su bebé, una de las enfermeras se dio tiempo para escuchar su historia y para impartirle sus primeros conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

Desde su llegada a Río hace cuatro años, la vida ha mejorado considerablemente para Geraldina y su familia. Su marido encontró un empleo como boleterero en una línea de buses local y ha logrado mantener este empleo por cuatro años. Su sueldo sólo es algo más alto que el salario mínimo legal y con siete bocas que alimentar no tienen los medios para abandonar la *favela* por la que pagan un bajo arriendo, pero aun así, considera su vida actual como un avance respecto a la vida en la plantación. Sin embargo, la salud de Geraldina ya era precaria en la época que llegaron a Río; sufre de una enfermedad nerviosa crónica y por consiguiente su marido tiene que hacer todo para ella y los hijos.

Debido a estas circunstancias y por el hecho de que sus últimos embarazos y partos han sido particularmente difíciles, la motivación de Geraldina por evitar otras gestaciones es muy fuerte. La información anticonceptiva inicial proporcionada por la enfermera llegó de este modo como cosa llovida del cielo; como resultado de esta información, su marido al comienzo intentó usar preservativos pero le causaron dolores, así es que los abandonó al mes. Después de eso, Geraldina acudió a la clínica de planificación familiar donde le colocaron un DIU; cuando lo expulsó espontáneamente después de un año, no quiso que se lo volvieran a colocar y comenzó a tomar la píldora. En conjunto, había evitado con éxito la concepción durante un total de tres años y medio al ser entrevistada.

En el futuro, ella piensa seguir visitando la clínica y considera la anti-concepción solamente en términos de la clínica. Cuando se le preguntó si pensaba que la planificación familiar era posible, contestó: "Es posible, pero es difícil porque estoy enferma y me resulta muy difícil llegar hasta aquí, subiéndome sola a los autobuses. Pero tengo que evitar el embarazo a cualquier costo así es que hago el sacrificio y vengo todas maneras". Sin embargo, se considera afortunada porque tiene un marido extremadamente comprensivo y dada la motivación de ambos, se podría aventurar el pronóstico de que Geraldina continuará teniendo éxito en sus esfuerzos de planificación familiar.

II. USO TEMPRANO DE LA ANTICONCEPCION

1. *Uso temprano no exitoso*

Todas las mujeres clasificadas en este grupo han realizado tentativas por regular el tamaño o espaciamiento, o ambos, de su prole desde temprano en su historia sexual, marital o procreativa, pero no han alcanzado un éxito notable en estos empeños. Más exactamente, las mujeres (o sus esposos) incluidas en este grupo realizaron esfuerzos por planificar su familia antes de su tercer hijo nacido vivo; ninguna, o muy pocas de sus tentativas anticonceptivas, ha logrado evitar o retrasar los embarazos accidentales o indeseados durante un promedio de por lo menos un año y medio. En conjunto, 25 entrevistadas, que representan un 7 por ciento de la muestra total, fueron incluidas en esta categoría. Las siguientes historias de casos sirven para ilustrar los principales tipos de dificultades que enfrentan estas mujeres en sus esfuerzos de planificación familiar.

Adelaide. Nacida en una zona rural de Minas Gerais, Adelaide migró sola a la vecina ciudad de Juiz de Fora a la edad de 16 años y trabajó allí como empleada doméstica durante nueve años en un convento de hermanas religiosas. Inmediatamente después de su matrimonio, a la edad de 26 años, ella y su marido vinieron a Río a probar fortuna. Ella quería disfrutar algo de la vida en la gran ciudad antes de que comenzaran a llegar los hijos, así es que su esposo compró una provisión de preservativos y realizó un intento no muy entusiasta de usarlos. Después de probarlos un par de veces, se quejó de que le producían dolor y los abandonó. Así fue como su primer hijo nació sólo once meses después del matrimonio.

Aparentemente su marido era capaz de encontrar empleo con bastante facilidad en la gran ciudad, pero su mal genio hacía que los perdiera con igual facilidad. De cualquier modo, su nivel de vida mejoró algo y en un esfuerzo por mantenerlo, decidieron evitar otros embarazos, por lo menos por un tiempo.

Adelaide buscó otro método y optó por la abstinencia periódica. Ni a ella ni a su marido les agradaba abstenerse de la actividad sexual durante el prolongado período "peligroso" y "A menudo corríamos el riesgo". Sin embargo, lograron retrasar la concepción durante casi un año mientras se atenían solamente al método de la abstinencia periódica, pero estos riesgos que corrían dieron como resultado un segundo embarazo.

Después del nacimiento del segundo hijo, Adelaide se desesperó; objetivamente, su situación socio-económica era superior a la de muchas entrevistadas en esta muestra, pero subjetivamente aspiraba a mudarse a

una casa con cocina y baño privados, obtener una cierta seguridad económica y conocer lugares mientras todavía era joven y bonita. Además, sus vidas se veían constantemente amenazadas por la cesantía resultante del mal genio de su marido. Recientemente, éste mantiene un buen empleo en un supermercado, pero ella teme que pueda perder éste también: "Tiene muy mal genio; cuando no está de humor, comienza a pelear sin ningún motivo... Lo que le viene en gana decir lo dice delante de todo el mundo... Le he dicho muchas veces que debiera controlarse, porque ningún patrón va a aguantar eso".

Con dos niños que criar, Adelaide pensó que su situación socio-económica ya era demasiado precaria para permitirse el lujo de mayores riesgos, así es que recurrió a los anticonceptivos orales como solución: "Es más seguro y además no tienes el problema de que él quiera tener relaciones y no puede tenerlas".

Pero después de dos meses de uso, se le acabaron las píldoras y no tenía dinero para comprarse una nueva provisión. Mientras tanto, y a pesar de su fuerte motivación, Adelaide afrontó las relaciones sexuales y quedó embarazada por tercera vez en poco más de tres años de matrimonio. Ciertamente, los riesgos que corrió esta vez casi no fueron premeditados; en realidad, sucede que su marido, so pretexto de estar fatigado, se ha mostrado falto de interés en el sexo en meses recientes y sólo quiere tener relaciones dos o tres veces al mes. Ella expresa su insatisfacción con este ritmo y puede deducirse que el hecho de que haya consentido en tener relaciones en un período "peligroso" deriva de esta privación relativa de actividad sexual.

De cualquiera manera, cuando Adelaide quedó embarazada por tercera vez, su marido la llevó donde un abortero: "Me llevó donde un doctor y el doctor cobraba Ncr. 500.00 (US\$ 125). No podíamos pagar esto, así es que me llevó donde una mujer que lo haría por Ncr. 80.00. Pero él pensó que a ese precio, seguro que ella sólo era una partera y que podría no resultar, así es que dijo que era mejor dejar las cosas como estaban".

En el futuro, ella espera ser esterilizada, pero si, como es probable, el costo de una operación semejante está fuera de su alcance, entonces planea recurrir una vez más a la píldora. Pero a menos que su marido desarrolle una mayor estabilidad emocional ("No sé si esto es algo de su familia o si necesita que lo traten") lo que permitiría una mayor seguridad económica, Adelaide puede encontrarse con una situación más deteriorada en el futuro.

Severina. Los problemas de planificación familiar de Severina se resumen en una mala elección de compañero y la prolongación subsi-

guiente de una unión imposible que es forzada por la dependencia económica progresivamente creciente de su compañero, producto de una procreación constante.

Severina es una mujer de 27 años, de clase baja que ha tenido seis embarazos en diez años de unión consensual. Nacida en una ciudad del Nordeste, llegó a Río con su hermana cuando tenía 17 años. Encontró trabajo en una fábrica y a los pocos meses estableció casa con un amigo de 18 años; poco tiempo después de eso, su primer embarazo terminó en un aborto espontáneo. Antes del año dio a luz a su primer hijo y, puesto que seguía trabajando en la fábrica, realizó su primer intento anticonceptivo. Mediante el uso de la píldora, evitó la concepción durante dos meses, pero luego desistió porque las píldoras la ponían nerviosa, y al poco tiempo de esto quedó nuevamente embarazada.

Después de éste, su tercer embarazo y segundo nacido vivo, probó las duchas vaginales, pero, ya sea por descuido o por la ineffectividad inherente al método, concibió su cuarto hijo un año más tarde. Severina luego probó usar pomadas anticonceptivas, pero su marido se negó a darle el dinero para renovar su provisión y por consiguiente ella quedó embarazada por quinta vez, lo cual la obligó finalmente a dejar su trabajo en la fábrica.

Cuando este hijo nació, ella solicitó consejo médico sobre anticonceptivos y comenzó nuevamente a usar las píldoras. Después de algunos meses de uso, se le acabaron; por esta época, debido a una serie de circunstancias, su estrechez económica se había agudizado en tal forma, que no pudo conseguirse más dinero para las píldoras. Algunos meses después de haber interrumpido su uso, quedó nuevamente embarazada, acontecimiento que provocó un estallido de furia en su compañero: "Estaba rabioso porque dijo que debía haberme hecho tratamiento para no tener más y si acaso yo no pensaba que con cuatro teníamos más que suficiente. Dice él que le agradan los niños, que no le importan los embarazos, pero llegado el momento se pone furioso porque ve que de verdad viene el embarazo".

A raíz de los problemas de Severina indudablemente se halla en la irresponsabilidad y falta de cooperación de su compañero, las que a su vez derivan de su condición de alcohólico. La motivación de ella, como lo demuestran las múltiples tentativas de anticoncepción, es fuerte, y aparentemente tiene tantos conocimientos sobre la anticoncepción como muchas mujeres que han logrado un éxito mucho mayor. Sin embargo, los esfuerzos de Severina se han visto envueltos en una serie de círculos viciosos que se originan y terminan en su compañero.

Alcohólico empedernido, no puede mantener ningún empleo, invierte todo su tiempo y dinero en la bebida, y cuando, por último, llega a casa, por lo general está borracho, y no es raro que descargue sus penas pegándoles a Severina y a los niños.

En estas circunstancias, la presión por evitar la procreación es particularmente fuerte, pero la capacidad de llevar a cabo cualquier forma de control de la natalidad disminuye en forma proporcional. Con tantos hijos en la casa, Severina ha tenido que dejar su trabajo en la fábrica y por ello en la actualidad depende únicamente de la ayuda económica esporádica que recibe de su compañero; de este modo, no puede ni siquiera pensar en abandonarlo hasta que los niños hayan crecido. Por una parte, la iniciativa y responsabilidad de la anticoncepción descansa sólo en Severina; su compañero suele observar en forma vaga que "Si Dios envía hijos, los criaremos", no obstante le da una violenta rabieta cada vez que ella queda embarazada. Por otra parte, nunca tiene el dinero suficiente para usar anticonceptivos sin interrupción.

Al ser entrevistada, Severina aún no había dejado de hacer tentativas; había venido a la clínica de planificación familiar para obtener asistencia anticonceptiva gratis, pero sus perspectivas siguen muy negativas.

2. *Uso temprano, parcialmente exitoso*

Las mujeres incluidas en este grupo se caracterizan por sus tentativas tempranas de controlar el tamaño de sus familias y por un éxito superior al promedio en el uso de anticonceptivos. Sin embargo, sus familias son ya más grandes de lo que realmente preferirían en las circunstancias actuales. Como en el grupo correspondiente descrito en el capítulo anterior, las informantes presentes tuvieron éxito en retrasar la concepción durante un promedio mínimo de un año y medio, pero han incurrido en uno o dos embarazos accidentales o en un embarazo indeseado. En total, 20 encuestadas, que representan el 6 por ciento de la muestra total, fueron clasificadas en este subgrupo.

Clara. Con 30 años, Clara actualmente espera su tercer hijo en seis años y medio de matrimonio. Nacida y criada en Río de Janeiro, ella terminó la escuela elemental y nunca ha tenido que enfrentar la obligación de encontrar un empleo. A los 24 años se casó con el copropietario de un pequeño bar-restaurant en la Zona Sur de Río; hasta el día de hoy, su satisfacción en el matrimonio es alta, amenazada sólo por las prolongadas horas de trabajo de su marido. Pero, como compensación, sus ingresos le permiten arrendar un pequeño y confortable departamento de dos piezas y poseer un refrigerador y un aparato de televisión, entre otros artefactos.

El primer hijo de Clara nació después de dieciocho meses de matrimonio, momento en el cual comenzó a usar pomadas anticonceptivas como le había enseñado su madre: "No quería tener un hijo detrás del otro, porque quiero darles una educación adecuada. Además, tiene que haber un límite, una persona no debe llenar la casa de chiquillos simplemente por el placer de tenerlos en el hogar. Tiene que haber alguna planificación de la familia para saber qué se puede hacer por los hijos. Darles comodidades, que no les falte nada. Llenar la casa de chiquillos y no poder darles cosas es desagradable". A pesar de esta lúcida racionalización *post hoc*, sin embargo, Clara quedó embarazada después de sólo nueve meses de usar las pomadas: "Me descuidé y me olvidé de usarlas y antes de que me diera cuenta ya estaba embarazada de nuevo".

Cuando este segundo hijo nació, Clara recurrió a su médico para que la aconsejara y él le recomendó anticonceptivos orales, pero desgraciadamente para ella: "La píldora atacó mi sistema nervioso", y se vio obligada a abandonarlas. Volvió a las pomadas y cuando se le acababan, su marido practicaba el *coitus interruptus*. Usando este sistema lograron evitar la concepción durante casi tres años antes de que se produjera un segundo embarazo accidental. Tanto el marido como la mujer se declaran conformes con este embarazo accidental, pero es evidente que en el futuro quieren estar seguros, ya que ella espera ser esterilizada después de este nacimiento.

Casada feliz, bien informada y con movilidad ascendente, al parecer, Clara debiera tener excelentes probabilidades de lograr éxito en la planificación familiar. El único problema que ha tenido en el pasado ha sido una tendencia al descuido en comprar y usar los anticonceptivos, junto con su incompatibilidad fisiológica con respecto a los anticonceptivos orales de más fácil uso. Es de esperar que ahora que han alcanzado el tamaño de familia máximo que consideran ideal, probablemente ella le dedicará al asunto toda su atención.

Rita. La significación del papel jugado por los maridos en la efectividad de los esfuerzos de planificación familiar de sus esposas es muy variada, pero es casi siempre expresiva. En los casos de uniones múltiples, la efectividad en la planificación familiar de una mujer puede verse alterada radicalmente por un cambio de pareja. Tal es el caso de Rita, de 30 años, perteneciente a la clase baja, nativa de una ciudad del Nordeste, actualmente en su segunda unión consensual.

Rita comenzó a vivir con su primer compañero cuando tenía 17 años, tres años después de su llegada a Río. Él era mucho mayor que ella y estaba separado de un matrimonio anterior. En los primeros cuatro años

de esta unión, la pareja no realizó intentos de anticoncepción y ella tuvo tres embarazos uno detrás del otro (uno de los cuales terminó en aborto espontáneo). Con dos hijos que criar en condiciones socio-económicas difíciles, el compañero de Rita le sugirió que comenzase a usar anticonceptivos orales. Ella hizo esto en forma efectiva, pero después de dos años de uso, las píldoras la pusieron nerviosa; por consiguiente, su solícito esposo le sugirió que interrumpiese la anticoncepción oral y le enseñó entonces a usar la abstinencia periódica. Con este método, pudieron evitar los embarazos durante casi dos años más y quizás habrían seguido así en forma indefinida si su compañero no hubiese muerto en un accidente.

Tres años después de la muerte de su compañero, Rita comenzó a vivir con otro hombre; ella todavía estaba decidida a evitar otros embarazos, pero este compañero resultó ser menos comprensivo. Trató de continuar usando el método de la abstinencia periódica y lo hizo con éxito durante algunos meses; no obstante, cuando su compañero descubrió lo que ella pretendía, sabotó sus tentativas anticonceptivas, diciendo que él quería por lo menos un hijo propio. De acuerdo con él, Rita hizo menos severa la práctica del método, sólo porque estaba convencida de que ella no quedaría embarazada, pues: "El es tanto mayor" (N.B.: En realidad, \neq él tiene 45 años). Poco tiempo después, quedó embarazada por cuarta vez, hecho que fue recibido con gran alegría por su compañero y con tristeza por parte de Rita.

Ahora que ha satisfecho la exigencia de tener por lo menos un hijo de su nuevo compañero, Rita quizás logre mayor cooperación en cuanto a la planificación familiar en el futuro. Su compañero es considerado como buen tipo, honrado, buen trabajador, sin vicios, y está de acuerdo en que no deben tener más. La propia Rita está decidida: "Mi situación no me permite más. Si tengo un montón de chiquillos y pasan hambre, sufro y los chiquillos sufren. Por eso trato de evitar, para sufrir menos".

3. *Uso temprano exitoso*

Desde cualquier punto de vista que uno quisiera discutir, en relación a la planificación familiar, las encuestadas en esta categoría pueden considerarse entre "las pocas privilegiadas", puesto que han logrado planificar por lo menos el tamaño (y a veces el tamaño y el espaciamiento) de sus familias sin tener que recurrir al aborto. Sólo 13 informantes, o sea, menos del 4 por ciento de las entrevistadas, pueden clasificarse en este subgrupo.

Las informantes en esta categoría se distinguen porque han demos-

trado una capacidad para practicar la limitación o espaciamiento efectivo durante un lapso prolongado. Por lo general, los planes en cuanto al número y al espaciamiento (con un énfasis en el primero) fueron establecidos por estas entrevistadas a comienzos de su unión marital y han tenido éxito. Las informantes, de este modo, tienen una historia de uso exitoso de anticonceptivos con sólo uno o ningún accidente. Operacionalmente, el período mínimo de uso anticonceptivo efectivo que se exigió para ser incluida en este grupo fue de dos años y medio consecutivos. Casos típicos de planificación temprana efectiva por medio de la anticoncepción son los siguientes:

Ana. Ana es una carioca nativa, de 26 años, de clase baja alta, que ha estado casada seis años con un cabo de la policía militar. Su noviazgo duró tres años: "Estrictamente vigilados y acompañados por mi familia". Sin embargo, la joven pareja tuvo oportunidad de discutir el tamaño que preferían para su familia antes de su matrimonio y en esa época optaron transitoriamente por dos niños, espaciados en algunos años.

Su primer hijo nació once meses después del matrimonio civil y religioso, dando origen al comentario de Ana de que "Si hubiera sido más lista, hubiera esperado más". Ana, que está muy bien informada sobre la mayoría de los tópicos, se hizo el deber de adquirir un mayor conocimiento anticonceptivo después de su primer parto. Consultó con su médico, quien le propuso varias alternativas. Después de discutir el asunto con su esposo, optó por los anticonceptivos orales: "Para el espaciamiento y porque son más prácticos".

A causa de que el ascenso de su marido tardó en llegar, el tener un segundo hijo se hizo incompatible con sus tentativas de mejorar su nivel de vida; por consiguiente, la pareja acordó de mala gana que se limitarían permanentemente a un solo hijo. Para complementar el sueldo de su marido, Ana, que estaba acostumbrada a coserse su propia ropa, comenzó a recibir costuras de sus amigas. A costa de trabajo y economías, su situación económica mejoró. Pudieron comprar algunos artefactos eléctricos y comenzaron a pensar en construirse su casa propia. Compraron un sitio en los suburbios y en los fines de semana su marido está construyendo gradualmente su nueva casa.

Con estos progresos y la sensación de seguridad que adquirieron, Ana y su marido decidieron que podían ahora permitirse un segundo hijo; por consiguiente, después de cuatro años de anticoncepción exitosa, dejó ella de tomar la píldora y al poco tiempo quedó embarazada. El embarazo trajo una gran alegría al hogar porque, al igual que la mayoría de los acontecimientos en esta familia: "Lo habíamos

planificado hacia tiempo". Tiene intención de volver a la píldora después del nacimiento de este niño y espera no tener más hijos: "Pienso que dos es un número ideal; es más fácil criarlos, darles la atención y educación necesarias. Los voy a obligar a que estudien y terminen la secundaria. Pienso que con una familia pequeña, se trata mejor a los chiquillos y los padres tienen más tiempo para atender a sus necesidades".

A la luz de hábitos de planificación existentes desde hace mucho tiempo y muy arraigados, y de la armonía conyugal y la motivación demostrada por esta pareja, puede esperarse que Ana tendrá éxito en el logro de esta meta y, si tienen otro hijo, será porque también habrá sido planificado.

Rosa. Aspiraciones de movilidad ascendente dominan las tentativas exitosas realizadas por Rosa en el sentido de planificar el tamaño de su familia. Casada a los 19 años con un obrero no calificado, Rosa en un comienzo planeaba tener una familia de once hijos, pero cuando nació el primero después de sólo diez meses de vida matrimonial, comenzó a ver las cosas de diferente manera. Siguiendo el consejo de una amiga, Rosa utilizó pomadas anticonceptivas para retrasar el siguiente nacimiento. Después de más de un año de uso, decidió tener un segundo hijo, y luego recurrió nuevamente a las pomadas. Esta vez los usó por más de dieciocho meses antes de decidirse a tener otro niño. Ambos padres estaban contentos con el embarazo, pero después del tercer hijo decidieron: "Ya, basta; ya tengo tres, dos hombres y una mujer, y con esto ya es suficiente".

Para evitar otros embarazos, Rosa usó pomadas durante más de un año; luego se cambió a otras jaleas anticonceptivas durante dieciocho meses y, finalmente, hace más de dos años, recurrió a los anticonceptivos orales: "Las píldoras son más prácticas, no son sucias como los otros". Al ser entrevistada en la clínica de planificación familiar donde había venido por una provisión gratis de píldoras, Rosa había evitado el embarazo durante un total de casi cinco años desde el último nacimiento y tiene la intención de continuar así durante toda su vida procreativa.

La característica sobresaliente del expediente personal de Rosa es indudablemente su preocupación por mejorar el nivel de vida de su familia. Se considera una casada feliz: "El es bueno y honrado, pienso que es un buen marido y padre. Ayuda mucho; si es necesario lava la ropa, limpia la casa y hasta cocina. Cualquier cosa que sea necesario hacer la hace, hasta baña a los niños". Es evidente, por sus comentarios, que su marido es un tipo condescendiente, y que Rosa es el motor para la realización de las ambiciones de esta familia.

Por ejemplo, cuando se le preguntó a ella acerca de sus conversaciones con su marido, contestó: "Mi objetivo es progresar en la vida". (¿Y el de su marido?): ¡El está de acuerdo! . Acerca de las decisiones: "Yo siempre las tomo y él nunca mete su nariz en eso, simplemente me pasa el dinero. Hace poco compramos muebles; me gustaron, le hablé sobre éstos, él estuvo de acuerdo y yo fui y los compré". Sobre los problemas económicos: "Mi mayor problema es terminar mi casa, eso es lo que yo quiero". En relación a su presupuesto: "Aparto el dinero para pagar esto y lo otro, el terreno y otras cosas".

El sueldo de su marido se compone del salario legal mínimo y el pago de sobretiempo y, sin embargo, tienen ahora un nivel de vida comparable al de personas que ganan tres veces lo que ellos. Esto lo han logrado gracias a una cuidadosa planificación de los gastos por parte de Rosa y a su empleo de tiempo parcial como empleada para el aseo. Están construyendo su casa propia y pagando el terreno en que la construyen. Ella aspira a mejorar esta casa, poco a poco, y después que sus hijos asistan a la escuela secundaria, y quizás incluso comprarse un auto. Todas estas esperanzas son vistas como incompatibles con la procreación constante y, por consiguiente, está ahí la clave del éxito obtenido por Rosa en la planificación de la familia.

CONCLUSIONES

La intención primordial de este capítulo fue clasificar a las usuarias de anticonceptivos en diversas categorías, de acuerdo con la efectividad de estas tentativas y de acuerdo con la etapa en que se iniciaron los esfuerzos anticonceptivos, para así ilustrar los tipos de factores que condicionan el éxito o fracaso de los intentos de planificación familiar. De acuerdo a los criterios y definiciones establecidos aquí, 101 mujeres, o sea el 30 por ciento de las mujeres en nuestra muestra, han intentado planificar sus familias mediante la anticoncepción.

La mayoría de estas 101 entrevistadas iniciaron la anticoncepción en una etapa temprana de su historia reproductiva. Se verificó que era más probable que las usuarias tempranas fuesen más exitosas o parcialmente exitosas que las usuarias tardías. No obstante, es evidente que la planificación no exitosa predomina tanto entre las planificadoras tempranas como entre las tardías. Algo más de la mitad de todas las entrevistadas que han intentado la anticoncepción no han logrado un éxito notable en sus esfuerzos por limitar sus familias; como contraste, sólo el 15 por ciento de todas las usuarias de anticonceptivos pueden definirse como planificadoras exitosas, siendo la gran mayoría de éstas mujeres que en su historia reproductiva iniciaron temprano sus tentativas de planificación familiar.

Segunda Parte

FACTORES CONDICIONANTES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Introducción

En el estudio del comportamiento humano los métodos cuantitativos y cualitativos de análisis deben ser considerados como complementarios más bien que como enfoques mutuamente excluyentes. La primera sección de este estudio constituyó fundamentalmente un análisis de las historias de casos sirviendo de base para comprender la dinámica de la formación de la familia y de la planificación familiar entre las clases bajas. Este tipo de información es indispensable para la comprensión de las actividades concretas de planificación familiar, pero no obstante deja varios interrogantes sin respuesta con respecto a la extensión y representatividad de los patrones focales. Aprovechando la comprensión e información acumulada en los estudios de casos, el propósito de la presente sección será proporcionar un análisis sistemático de algunos de los factores más sobresalientes que influyen sobre la formación y planificación de la familia. Los presupuestos que proporcionaron las líneas generales para la formulación de los problemas de la investigación, para la elaboración del instrumento de investigación y para el análisis de datos pueden describirse brevemente de la siguiente manera.

Al nivel individual, las diferencias en los intentos y en el éxito de la planificación familiar derivan primordialmente de dos causas principales: las diferencias en el número de hijos deseados y las diferencias en la disposición y capacidad para controlar la fecundidad. Este postulado básico sirve de marco para la presente sección y dirige nuestra atención hacia diversas áreas claves: actitudes hacia el tamaño de la familia; actitudes hacia las técnicas de control de la natalidad y conocimiento de ellas; uso efectivo de estas técnicas, y factores de organización que determinan la capacidad para usar estas técnicas en forma efectiva.

Desde un comienzo resulta heurísticamente útil reconocer que en el área de la actividad sexual y de la reproducción, la vía del menor

esfuerzo consiste simplemente en no hacer nada por evitar la concepción o el nacimiento de los hijos. Hasta el presente, todas las formas de control de la natalidad requieren algún esfuerzo consciente, intencional de parte del individuo. Además, en mayor o menor grado, se imponen algunos sacrificios en términos de gastos financieros, angustias psicosomáticas, incomodidad o satisfacción sexual disminuida. Por consiguiente, para que se adopte alguna práctica de planificación familiar, tienen que haberse desarrollado actitudes y motivaciones favorables de limitación de la procreación; éstas entonces sirven para animar las tentativas por sobreponerse a las barreras constituidas por las tendencias naturales y por la inercia. En conformidad con esta perspectiva, el capítulo 5 estará dedicado a describir las actitudes y motivaciones con respecto a la planificación familiar que caracterizan a las encuestadas de esta muestra.

Además de la existencia previa de actitudes y motivaciones propicias a la planificación familiar, la mujer debe, como mínimo, estar al tanto de que se puede conscientemente influir sobre el curso natural de las actividades reproductivas. Más aún, debe poseer un mínimo de conocimiento operacional respecto al proceso de reproducción y a las técnicas accesibles de limitación de la familia. Luego, el uso efectivo de las técnicas de control de la natalidad depende de la implementación práctica de las actitudes e información respecto al control de la natalidad; es decir, la planificación familiar efectiva dependerá en grado importante del tipo de método elegido, de la factibilidad de este método en términos de la situación socio-económica de la mujer, de sus reacciones psicológicas y fisiológicas frente a técnicas determinadas, de las normas subculturales que rigen el uso de un método, así como de otras consideraciones relacionadas con la práctica real de la limitación de nacimientos. El capítulo 6 se concentrará por lo tanto en el análisis sistemático de las actitudes de nuestras entrevistadas hacia la planificación familiar, en su conocimiento de los métodos y en el uso real de estos métodos de planificación.

Por último, en vista del hecho de que la planificación familiar a menudo puede ser una tarea exigente y difícil, que requiere paciencia, cooperación y comprensión mutuas de parte de la pareja matrimonial, puede postularse que, dados el conocimiento, la motivación y las condiciones materiales necesarios para su uso, la limitación efectiva de la familia puede aún verse grandemente afectada por los patrones predominantes de la organización marital. En efecto, el enfoque de los estudios de casos, señaló de manera reiterada la influencia preponderante de la organización marital sobre el resultado de los esfuerzos de

planificación familiar; por consiguiente, el capítulo 7 se ocupará de los problemas de la estabilidad matrimonial, de la satisfacción marital y de la organización familiar, a fin de evaluar su influencia sobre la secuencia temporal y la efectividad de los intentos de planificación familiar.

V. ACTITUDES HACIA EL TAMAÑO DE LA FAMILIA

Las preferencias y actitudes con respecto al tamaño de la familia son de considerable importancia en el desarrollo de las motivaciones que conducen a la planificación familiar; tales actitudes pueden describirse como una predisposición a tomar (o no tomar) una acción determinada en respuesta a unas necesidades sentidas.^{22/} Por consiguiente, las actitudes pueden considerarse como fundamentales para la comprensión de la dinámica de planificación familiar y merecen una especial atención. En el curso de la actual encuesta, se les preguntó a las entrevistadas sólo acerca de sus preferencias en cuanto al tamaño ideal de la familia en general, sino también acerca del número de hijos que piensan que de hecho sería mejor para ellas a la luz de sus situaciones concretas y particulares de vida; además, se les preguntó acerca de la fecundidad futura esperada, sobre sus reacciones frente al embarazo y sobre su percepción de las diferenciales de fecundidad por estrato socio-económico. Finalmente, las entrevistadas tuvieron amplias oportunidades para exponer las razones de sus diversas preferencias y estas explicaciones proporcionaron recompensas substanciales en términos de una comprensión más profunda.

En verdad, las actitudes relacionadas con el tamaño de la familia dan lugar a algunos problemas metodológicos; las actitudes actuales pueden ser transitorias y pueden constituir una racionalización de condicionamientos que quedan fuera del control de la entrevistada; pueden también representar una reacción instantánea frente a un problema que la entrevistada en realidad nunca había considerado antes de la entrevista. Otra posibilidad que no puede eliminarse *a priori* es que las actitudes declaradas con respecto al tamaño de la familia no representan sino la expresión verbal de valores subculturales predominantes, pero no necesariamente internalizados.^{23/}

^{22/}Bogue, Donald, "Family Planning Research: An Outline of the Field", en *Family Planning and Population Programs*, The University of Chicago Press, Chicago y Londres, 1966, pág. 722.

^{23/}Para la discusión de algunos de estos escollos, véase: Maudin, Parker, "Application of Survey Techniques to Fertility Studies", en Sheps y Ridley (eds.), *Public Health and Population Change*, University of Pittsburgh Press, 1965, págs. 93-108.

Sin embargo, siempre que se dedique particular atención a la estructuración de las preguntas, a la validación y coherencia interna de las respuestas, puede aceptarse que en la mayoría de los casos lo que una entrevistada responde y justifica como tamaño ideal o mejor para su familia constituye un ítem significativo y válido en la evolución de la motivación sobre planificación familiar y por lo tanto merece ser investigado. En el presente estudio, a las entrevistadas se les hizo un total de diez preguntas que trataban directamente sobre las actitudes con respecto al tamaño de la familia, más una serie afín de preguntas que inquirían sobre las razones de la preferencia declarada y que de este modo servían como verificación de la validez de las actitudes expresadas respecto al tamaño de la familia. En la estructuración de estas preguntas, se dio énfasis al descubrimiento de posibles discrepancias y a la eliminación, o por lo menos a la clarificación, de éstas en el curso de la entrevista. Sobre la base de las respuestas a estas diversas preguntas, por lo general se puede especificar con bastante seguridad si la encuestada en realidad prefiere una familia más grande o más pequeña y qué la motiva para expresar estas preferencias.

1. Tamaño ideal de la familia

A todas las mujeres de la muestra se les formularon las siguientes preguntas: 1. Si tuviese que elegir entre una familia con muchos hijos y otra con sólo unos pocos, ¿cuál preferiría usted? 2. ¿Cuántos niños serían? 3. ¿Por qué prefiere usted una familia (grande, pequeña)? 4. ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?

Las preguntas que se formulan aquí sobre el tamaño ideal de la familia intencionalmente permiten a las encuestadas interpretar la pregunta en términos generales o particulares. Es decir, lo que se esperaba era que este enfoque llevaría a las entrevistadas a expresar sus respuestas en términos algo más generales que los dictados por la consideración de su propia situación en particular; sin embargo, esta formulación deliberadamente evitó el riesgo de plantear la pregunta sobre el tamaño ideal de la familia en términos tan generales o abstractos que la hiciesen poco pertinente para muchas entrevistadas.^{24/}

Sobre la base de las respuestas a estas preguntas, las encuestadas fueron clasificadas de acuerdo a sus preferencias por una familia grande

^{24/}El hecho de que la mayor parte de las entrevistadas respondieran en términos más generales que los que se derivan de su propia situación queda demostrado por las importantes diferencias entre el tamaño declarado "ideal" y "mejor" de familia (véase la discusión más abajo).

o pequeña.^{25/} La definición numérica de “grande” y “pequeña” propuesta por la entrevistada era aceptada como tal, sin considerar que según criterios objetivos se pudiera ocasionalmente preferir otra línea divisoria. De las 338 entrevistadas, el 87 por ciento declaró que preferiría lo que ellas definieron como una familia pequeña, el 12 por ciento estuvo por lo que consideraron como una familia grande y el 1 por ciento no respondió.

Como se puede apreciar en el cuadro 5, una mayoría substancial de mujeres prefirió familias de dos, tres o cuatro hijos, siendo dos el número seleccionado con mayor frecuencia; un tercio de toda la muestra dio dos hijos como el tamaño ideal de familia. El promedio de hijos considerados como constituyendo el tamaño de familia ideal por las 311 mujeres que dieron una respuesta numérica fue de 3,4.

Tales ideales de tamaño de la familia son más bien pequeños en comparación con los revelados por estudios realizados en otros países en desarrollo.^{26/} Por ejemplo, se comunica que el tamaño ideal de familia en Ghana urbana es de 5,3; de Taiwán urbano 3,9; de México urbano 4,2; y de Colombia urbana 3,6. Como contraste, los ideales de tamaño

Cuadro 5

TAMAÑO IDEAL DE LA FAMILIA POR NUMERO PREFERIDO DE HIJOS
(En porcentajes)

Preferencias de tamaño de la familia	Número preferido de hijos								Total
	1	2	3	4	5 - 6	7 - 8	9 o más	No especificado	
Pequeña	1,8	32,8	26,3	15,4	4,7	—	—	6,2	295 (87,2)
Grande	—	—	—	1,5	5,0	1,5	3,0	1,2	41 (12,2)
Sin respuesta	—	—	—	—	—	—	—	0,6	2 (0,6)
<i>Total</i>	<i>1,8</i>	<i>32,8</i>	<i>26,3</i>	<i>16,9</i>	<i>9,7</i>	<i>1,5</i>	<i>3,0</i>	<i>8,0</i>	<i>338</i> <i>(100,0)</i>

^{25/} Si se observaban inconsistencias dentro de esta serie de preguntas (por ejemplo, cuando una entrevistada respondía “pequeña”, pero encontraba más ventajoso una familia grande), la entrevistadora volvía a este ítem en un momento posterior. Cualquiera inconsistencia que quedara se analizaba a la luz de otras respuestas que reflejaban actitudes.

^{26/} Véase Mauldin *op.cit.*, págs. 104-109. Berelson, Bernard, “KAP Studies on Fertility”, en *Family Planning and Population Programs, op.cit.*, págs. 657-659.

pequeño de la familia de nuestras encuestadas resultan más sorprendentes cuando se considera que la muestra fue tomada exclusivamente de la clase baja, que a la luz de teorías bien establecidas sobre fecundidad, podría esperarse que prefiriese un tamaño más grande de la familia; es aun más sorprendente cuando se observa que durante el proceso de tabulación, siempre que se dio un rango de preferencias, como por ejemplo 'dos o tres niños', el número mayor fue adoptado sistemáticamente. Por otra parte, estudios anteriores en Río de Janeiro han mostrado que los ideales de una familia pequeña se hallan muy difundidos en el área, puesto que el tamaño medio ideal de familia dado por una muestra representativa de la población total de la ciudad fue de 2,7 hijos.^{27/}

Las preferencias respecto al tamaño ideal de la familia no se relacionan sistemáticamente con la condición socio-económica, pero existe sí una conexión definida entre el tamaño ideal de la familia y el *status* de planificación familiar. Así, las 41 mujeres que declararon una preferencia por una familia grande surgen en forma desproporcionada de las categorías de las no-planificadoras subfértiles, de las no-planificadoras voluntarias y de las no-planificadoras involuntarias. Como contraste, las planificadoras tempranas, ya sea mediante la anticoncepción o el aborto, prácticamente todas prefieren una familia más pequeña; las planificadoras tardías y las planificadoras no exitosas tienen una proporción algo mayor que declara preferencias por una familia grande.

Las preferencias de tamaño ideal de la familia también se ven afectadas hasta cierto punto por el número actual de niños vivos de la entrevistada. Esta relación no es, naturalmente, inesperada, puesto que no resulta fácil prescindir de la propia experiencia procreativa y, en cierto sentido, repudiar los propios hijos al discutir estos temas. No obstante, es evidente, según el cuadro 6, que el principio de autojustificación es válido para las mujeres con familias pequeñas, pero no para las que tienen familias grandes.

En efecto, de las mujeres que tienen uno o dos hijos vivos, más del 40 por ciento declara que dos niños representan el tamaño ideal de su familia; además, alrededor de un cuarto de estas encuestadas prefieren tres hijos y proporciones más pequeñas prefieren un tamaño de familia más grande. Entre las mujeres con tres hijos, nuevamente algo más del 40 por ciento prefiere este número exacto, mientras que las restantes se distribuyen entre preferencias por familias más pequeñas y más grandes. Pero, como contraste, las mujeres con cuatro o más hijos no pretenden en forma predominante que el tamaño real de su familia es el ideal; en

^{27/}Véase Berelson, *op.cit.*, pág. 658.

Cuadro 6

TAMAÑO IDEAL DE LA FAMILIA
POR NUMERO ACTUAL DE HIJOS VIVOS

(En porcentajes)

Nº de hijos vivos ^{a/}	Tamaño ideal de la familia					(N = 100 por ciento) Total
	2	3	4	5 o más	Sin respuesta	
1 ^{b/}	43,7 ^{c/}	25,3	11,5	13,8	5,7	87
2	42,0	23,8	19,3	10,3	4,6	88
3	19,0	41,3	15,9	12,7	11,1	63
4	29,8	23,4	25,5	17,0	4,3	47
5 o más	30,2	17,0	15,1	20,7	17,0	53
Total	34,6	26,3	16,9	14,2	8,0	338

a/ Incluye el embarazo actual cuando es pertinente.

b/ Incluye dos entrevistadas que en la actualidad no tienen hijos.

c/ Incluye seis entrevistadas que dieron un tamaño ideal de la familia de un hijo.

realidad, se encuentra que la mayor parte de éstas prefieren un tamaño de familia de dos hijos.

Así, encontramos una tendencia a sostener que el tamaño real de la familia coincide con el tamaño ideal de la familia cuando la primera incluye tres niños o menos, pero más allá de ese número la mayoría de las mujeres revierten a un tamaño ideal de la familia que es más pequeño que el de sus propias familias.

Examinando ahora las justificaciones dadas por las encuestadas para sus preferencias con respecto al tamaño ideal de la familia, puede verse en el cuadro 7 que los motivos económicos y el deseo de dar a sus hijos una mejor educación predominan en el grupo orientado hacia una familia pequeña. Las motivaciones principales expresadas por las encuestadas que prefieren familias grandes son "me gustan mucho los niños", o "las familias más grandes son más bonitas", o "los niños se dan compañía entre ellos y acompañan a sus padres".

Es interesante observar que, además de las motivaciones presentadas en el cuadro 7, 18 de las 41 mujeres que prefieren las familias grandes también colocaron alguna reserva a la familia grande; por ejemplo: "Pienso que una familia grande es más bonita, pero es más difícil cuando se tiene un lote", o "los niños de familias grandes lo pasan mejor, pero es difícil darles una educación". Del grupo orientado hacia las familias pequeñas, 30 mujeres también pusieron ciertas reservas dirigidas contra

la falta de hijos o tener un solo hijo, o si no observaron que "si una persona es rica, entonces las familias grandes son más bonitas".^{28/}

2. El mejor tamaño de la familia

Una segunda pregunta, relacionada específicamente con la situación en la vida de la propia encuestada, fue formulada como complemento de la investigación sobre las preferencias de tamaño de la familia. Esta vez, se les preguntó a las encuestadas acerca de su "mejor" tamaño de familia en los siguientes términos: "Ahora, me gustaría que usted pensara acerca de la vida que llevan usted y su familia, acerca de cuánto gana su marido,

Cuadro 7

RAZONES DE LAS PREFERENCIAS DE TAMAÑO DE LA FAMILIA

	Nº de entrevistadas
A. Preferencias por una familia pequeña	
1. Dificultades económicas con una grande	132
2. Más fácil proporcionar educación a los hijos	83
3. Menos trabajo y preocupaciones	73
4. Más fácil dar a los hijos cariño y cuidados	26
5. No sabe o no responde	8
<i>Total^{a/}</i>	322
B. Preferencias por una familia grande	
1. "Las familias grandes son más bonitas" o "Me encantan los niños"	17
2. Compañía para los hijos o para los padres	15
3. Para que lo cuiden a uno en la ancianidad	8
4. Asistencia mutua entre los hijos	7
5. Para ayudar en tareas del hogar o económicas	4
6. Para no quedar solo en caso de muerte	4
7. No sabe o no responde	2
<i>Total^{a/}</i>	57

a/ A causa de las múltiples respuestas, las razones declaradas no suman el sub-total de las categorías.

^{28/} Incidentalmente, en contraste con la situación observada por Stycos y Baek en Jamaica (*op. cit.*, págs. 18-21), no encontramos ningún indicio de que la esterilidad sea considerada como causante de deterioro del *status*, ni tampoco se mira con desprecio a las mujeres estériles.

acerca de la casa en que viven, etc.; dígame ¿cuál piensa usted que es el mejor número de hijos que usted debiera tener? ”.

Esta pregunta es, en cierto sentido, análoga a la pregunta sobre el “tamaño de familia deseado” formulada en varias encuestas de fecundidad, pero intencionalmente fue planteada en términos más concretos en vista de la composición de la actual muestra.^{29/} Tal como fue planteada aquí, la pregunta sobre el mejor tamaño de la familia estaba destinada principalmente a averiguar, en la forma más tangible posible, el tamaño de la familia que las entrevistadas consideran como el más apropiado para su situación particular en la vida; en segundo lugar, la pregunta hizo posible evaluar el grado en que las mujeres de nuestra encuesta relacionan la fecundidad con las condiciones reales de vida.

Como se observa en el cuadro 8, cuando la pregunta sobre las preferencias en cuanto al tamaño de la familia se plantea en términos de la situación en la vida del propio individuo, las entrevistadas tienden a citar un número considerablemente más pequeño de hijos que el que citaron cuando discutieron los ideales en cuanto al tamaño de la familia en general.^{30/} Por ejemplo, 11 mujeres sostuvieron que estarían mejor sin ningún hijo, 40 afirmaron que estarían mejor con sólo un hijo y 162 declararon que dos hijos serían lo mejor para ellas. Así, un total de 213 mujeres, o sea el 63 por ciento de toda la muestra, afirmó que, a la luz de las circunstancias concretas de su propia vida, estarían mejor con dos o menos hijos; ésto contrasta con las preferencias respecto al tamaño ideal de la familia en que sólo 117 mujeres, es decir, el 35 por ciento de la muestra total, declaró que prefería un tamaño de familia de dos o menos. A la inversa, el 26 por ciento de las mujeres prefieren tres como tamaño ideal de la familia, pero sólo el 18 por ciento considera que éste es el número que más les conviene a ellas. Las diferencias son aun mayores en los niveles de familias más grandes, puesto que el 31 por ciento prefiere un tamaño de la familia de cuatro o más, pero sólo el 13 por ciento declara que cuatro o más hijos sería mejor para ellas. El promedio del tamaño mejor de familia declarado por estas mujeres alcan-

^{29/} Por ejemplo, Whelpton *et. al.* (*Fertility and Family Planning in the United States, op. cit.*, págs. 42-43) formularon su pregunta sobre el tamaño de familia deseado de la siguiente manera: “Le he preguntado sobre si usted espera tener (más) hijos ... Si usted pudiera tener justamente el número que desca, para luego detenerse, ¿tendría usted menos de los que espera, el mismo número o más de los que espera?” Los autores observan diversas dificultades relacionadas con la interpretación que hacen las entrevistadas de esta pregunta, a pesar de la composición educacional muy superior de su muestra.

^{30/} Aquí nuevamente en el caso de una escala de preferencias (por ej., “uno o dos hijos”), el número más grande fue sistemáticamente adoptado.

Cuadro 8

TAMAÑO MEJOR DE LA FAMILIA EN COMPARACION CON
EL TAMAÑO IDEAL DE FAMILIA

	Número de hijos						S.R.	Total
	0	1	2	3	4	5 o más		
Mejor	11	40	162	60	24	20	21	338
Porcentaje	(3,3)	(11,8)	(47,9)	(17,8)	(7,1)	(5,9)	(6,1)	(100,0)
Ideal	0	6	111	89	57	48	27	338
Porcentaje	(0,0)	(1,8)	(32,8)	(26,3)	(16,9)	(14,2)	(8,0)	(100,0)

za a un 2,5, número bastante más bajo que el 3,4 citado cuando se analizaba el tamaño "ideal" de la familia.

En resumen, el cuadro 8 demuestra que la mayoría de las mujeres idealizaron un tamaño de la familia que es relativamente pequeño en comparación con las preferencias que prevalecen en las zonas urbanas de otros países en desarrollo, pero que todavía es considerablemente más grande que el que piensan que sería mejor para ellas a la luz de las circunstancias concretas de su propia vida.

Que una mayoría importante de las mujeres de clase baja efectivamente asocie las condiciones socio-económicas con la capacidad de criar a los hijos, queda demostrado en el cuadro 9. Allí encontramos un patrón claramente definido: mientras más baja es la situación socio-económica de la persona, más pequeño es el tamaño "mejor" de su familia. Por ejemplo, las mujeres de clase baja tienden mucho más a dar uno o ningún hijo como su mejor tamaño de familia. Las mujeres de clase baja media se distribuyen en forma más pareja a lo largo del rango de las preferencias del mejor tamaño de la familia, pero la mayoría declara que dos o tres hijos serían mejor, y las mujeres de clase baja alta tienen proporciones más altas de mujeres que declaran que cuatro o más hijos sería mejor para ellas. Por consiguiente, en contraste con las preferencias de tamaño ideal, que no tuvieron una relación sistemática con la clase social, el número "mejor" se ve claramente afectado por ella, demostrando así que la mayoría de estas mujeres definitivamente perciben una relación entre el bienestar socio-económico y la capacidad de criar hijos.

El mejor tamaño de la familia también varía considerablemente según la historia de planificación familiar de la entrevistada en el sentido de que las no-planificadoras, particularmente las mujeres subfértiles, las

no-planificadoras voluntarias y las no-planificadoras involuntarias citan como mejor un tamaño de la familia considerablemente más grande que las mujeres que han realizado intentos concertados de planificación. Ninguna diferencia significativa, sin embargo, fue detectada entre las planificadoras que usaban anticonceptivos y las que habían recurrido al aborto o al aborto y a la anticoncepción al mismo tiempo. Sin embargo, las planificadoras tempranas y exitosas tendían a afirmar que su mejor tamaño de la familia era algo más pequeño que las planificadoras tardías y no exitosas. En resumen, parece haber una tendencia a racionalizar el mejor tamaño de la familia en términos de las tentativas de planificación familiar y el éxito de éstas.

En gran medida, lo que la encuestada considera como el mejor tamaño de su familia también está dominado por el número real de hijos vivos que tiene. Naturalmente, de nuevo no le resulta fácil a una mujer abstraerse del tamaño de su propia familia para evaluar en forma objetiva su capacidad para criar hijos, de acuerdo con sus propias normas de crianza para los hijos. Sin embargo, puede observarse en el gráfico 1 que un claro punto crucial en la cuestión del mejor tamaño de la familia se establece entre dos y tres hijos. Es decir, de las mujeres que tienen menos de dos hijos vivos, casi dos tercios prefieren más, y otro 18 por ciento está satisfecho con su actual tamaño de familia. De las mujeres con dos hijos vivos, sólo un quinto prefiere más, casi dos tercios están satisfechas con el actual tamaño de su familia y otro 15 por ciento preferiría tener menos hijos.

Como contraste, de las mujeres que tienen tres hijos vivos, sólo el 8 por ciento prefería más, el 43 por ciento está satisfecho con el número actual y el 48 por ciento declaró que estaría mejor con menos. Entre las mujeres con cuatro o más hijos, la gran mayoría afirma que su mejor

Cuadro 9

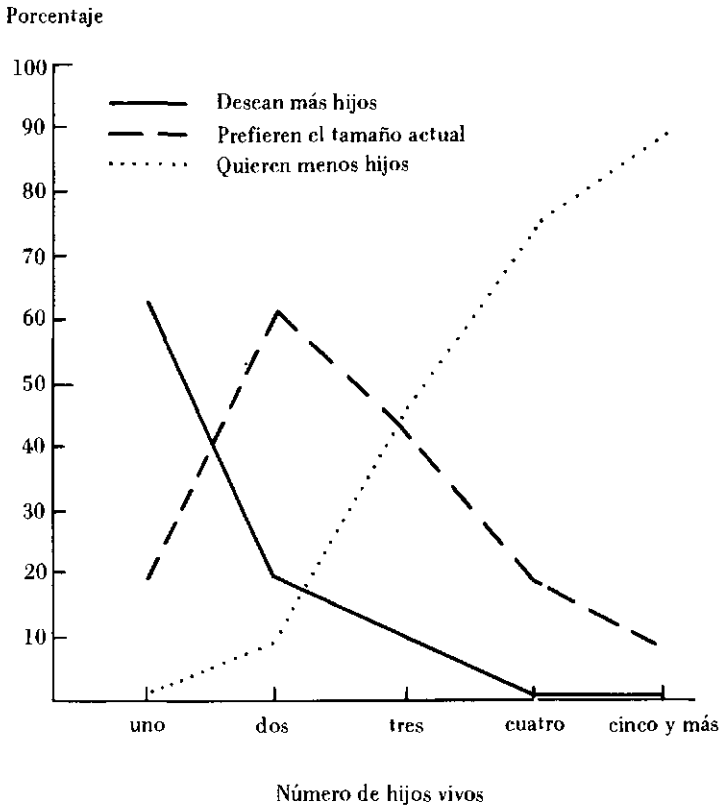
ACTITUDES HACIA EL MEJOR TAMAÑO DE LA FAMILIA, POR SITUACION SOCIOECONOMICA

(En porcentajes)

SSE	0	1	2	3	4	5 o más	S.R.	(N= 100 por ciento) Total
Baja - baja	6,4	22,0	34,0	13,7	8,2	4,5	10,1	109
Media - baja	2,4	8,8	54,1	20,0	5,3	5,3	4,1	170
Alta - baja	—	1,7	55,9	18,6	10,2	8,4	5,1	59
Total	3,3	11,8	47,9	17,8	7,1	5,9	6,2	338

Gráfico 1

ACTITUDES CON RESPECTO AL MEJOR TAMAÑO DE LA FAMILIA
POR NUMERO DE HIJOS VIVOS



tamaño de familia es más pequeño que su actual tamaño de familia.

En suma, cuando se les preguntó acerca de cuál consideran que es el mejor tamaño para su familia, a la luz de sus propias situaciones en la vida, las mujeres de clase baja de esta encuesta por lo general citaron un tamaño de la familia más pequeño que su tamaño de familia preferido o "ideal". El análisis del mejor tamaño de la familia por tamaño real de la familia, condición socio-económica e historia de planificación familiar, demostró que la mayoría de estas mujeres están agudamente conscientes de la relación entre las condiciones de vida y su capacidad para criar hijos, pero que esta conciencia se ve algo atenuada por la racionalización de las tentativas de planificación familiar y por el tamaño real de la familia.

3. *Tamaño esperado de la familia*

A fin de evaluar la percepción de las mujeres de clase baja respecto a su fecundidad futura probable, se les preguntó además a todas las encuestadas: "Tal como van las cosas, ¿cuántos niños más cree usted que va a tener (después de éste)?" Claro está que, dada la práctica relativamente restringida de control efectivo de la natalidad de las encuestadas, no podía esperarse que esta pregunta proporcionase el fundamento para un vaticinio realista de la procreación futura y del tamaño final probable de la familia. Sin embargo, antes del análisis, se creía que, en vista de que la mayoría de las mujeres tienen una considerable experiencia de maternidad, tendrían por lo menos una idea aproximada del número de hijos que les gustaría tener y de su capacidad para lograr tal meta.

De hecho, sin embargo, la experiencia pasada y las posibilidades concretas rara vez fueron tomadas en cuenta y una mayoría considerable de las mujeres entrevistadas interpretaron esta pregunta en términos de sus deseos y esperanzas en lugar de hacerlo en términos de los hechos o de la experiencia. En la práctica, al parecer, la pregunta fue interpretada como: "¿Quiere usted tener más hijos?" Por ejemplo, varias mujeres que habían experimentado embarazos indeseados, que no sabían prácticamente nada acerca de la anticoncepción y que se oponían firmemente al aborto, declararon de modo terminante que éste sería su último embarazo. A la luz de numerosas discrepancias como esta, la pregunta del tamaño esperado de la familia asume importancia, no para predecir la fecundidad futura, sino más bien como un indicador de las aspiraciones concretas de procreación.

El cuadro 10 muestra que el 49 por ciento de todas las encuestadas declaró que no tendrían más hijos (después del parto del embarazo actual, en el caso de las pacientes de las clínicas prenatales). Otro 9 por ciento afirmó que tendrían un hijo más; el 7 por ciento, dos hijos más, y

Cuadro 10

EMBARAZOS FUTUROS ESPERADOS POR STATUS DE PLANIFICACION FAMILIAR

(En porcentajes)

Nº esperado de embarazos futuros	Planificación a través de anticoncepción	Planificación a través del aborto, o aborto y anticoncepción	No-planificadoras	Totales
0	66,3	57,8	34,2	49,1
1	5,9	13,2	8,1	8,6
2	1,0	11,8	9,3	7,4
3	—	—	3,7	1,8
4	1,0	2,7	2,5	2,1
5 y más	2,0	—	8,1	4,4
No sabe	19,8	7,9	24,8	19,5
Sin respuesta	4,0	6,6	9,3	7,1
<i>Total (N= 100 por ciento)</i>	<i>101,0</i>	<i>76,0</i>	<i>161,0</i>	<i>338,0</i>

el 8 por ciento, tres o más hijos. El 20 por ciento simplemente contestó que no tenía idea de cual sería su experiencia futura de procreación y el 7 por ciento no contestó esta pregunta.

Al comparar las planificadoras con las no-planificadoras en lo que se refiere a la fecundidad esperada futura, se revela que es considerablemente más probable que las mujeres que han realizado un esfuerzo concertado en el uso de anticonceptivos declaren que no tendrán más hijos. Las mujeres que han recurrido al aborto o al aborto y a la anticoncepción también tienen una mayoría (57 por ciento) que espera no tener más hijos, pero el 25 por ciento espera tener uno o dos hijos más. Sólo un tercio de las no-planificadoras tiene una proporción mucho más grande de mujeres que esperan tener tres o más hijos o que declaran que no tienen idea del número de hijos que eventualmente tendrán.

Dentro de las dos categorías generales de "planificadoras" no se observaron diferencias significativas entre las planificadoras tempranas y las tardías o entre las planificadoras exitosas y las no exitosas. Dentro de la categoría de "no-planificadoras", es mucho más probable que las mujeres subfértiles argumenten ignorancia de la fecundidad futura, mientras que las no-planificadoras temporales tienen un número desproporcionadamente grande que declara que esperan tener uno o dos hijos más.

Las siguientes son respuestas típicas que ilustran la variedad de actitudes que prevalecen respecto a la procreación futura probable.

"Ninguno. Espero que Dios me ayude a detenerme ahora. No sé cómo lo voy a conseguir, pero creo que a mi edad y con el número de hijos que ya tengo, no debería tener más".

"Ninguno. La mujer que me asistió para el parto de mi último varón me dijo que iba a tener cinco más y ella sabe. Dijo que cuando nace un niño con cinco nudos en el ombligo es porque van a venir cinco hijos más. Llegan según los nudos. Así es que vine a que me hicieran un tratamiento (en la clínica de planificación familiar) antes de que lleguen esos cinco".

"Ninguno más. Voy a usar la píldora nuevamente".

"Un hijo. Nunca he evitado, pero con la ayuda de Dios no tendré más. No pienso usar nada porque Dios es el que sabe".

"Dos. No sé cómo me las voy a arreglar. Después que tenga a éste, entonces voy a pensar en eso",

"¡Si sigue esta rutina, llegaremos lejos! "

"Si no me cuido, puedo tener diez más. Estoy hecha para tener un lote de chiquillos. Si me descuido, sale uno cada nueve meses".

En resumen, los datos sobre el tamaño esperado de la familia en la muestra actual no arrojan mucha luz sobre los futuros patrones de fecundidad, pero enriquecen nuestro conocimiento sobre las actitudes y aspiraciones respecto al tamaño de la familia. Aunque las encuestadas tenían sólo entre 25-30 años de edad, la mitad de las entrevistadas expresaron la esperanza de que no incurrirían en futuros embarazos. En vista de esta proporción inesperadamente grande, se planteó la hipótesis de que estas actitudes actuales podrían derivarse en gran parte del hecho que las tres cuartas partes de las encuestadas estaban embarazadas en el momento de la entrevista y que las incomodidades e inconveniencias normales del embarazo se proyectaban de este modo en las aspiraciones respecto al tamaño de la familia.

Para comprobar esta hipótesis, el tamaño esperado de familia de las mujeres entrevistadas en la clínica de planificación familiar se comparó con el de las mujeres entrevistadas en la clínica prenatal. Suponiendo que las angustias psicossomáticas que acompañan al embarazo impulsaran a muchas pacientes de las clínicas prenatales a expresar el deseo de evitar todo futuro nacimiento, esperaríamos, por consiguiente, que tuvieran una proporción mayor en la categoría de "ningún nacimiento futuro esperado". En el hecho, no obstante, rige lo contrario, puesto que el 60 por ciento de las mujeres no embarazadas se hallaba en esta categoría en comparación con sólo el 47 por ciento de las encuestadas embarazadas.

Por consiguiente, parece que las respuestas a nuestra pregunta sobre el tamaño esperado de la familia en realidad apoyan las conclusiones

anteriores en cuanto a las preferencias por una familia pequeña que predominan en la clase baja de Río de Janeiro; nuevamente, cuando se discute una situación concreta de la mujer, las encuestadas muestran especial tendencia a enfatizar los valores de una familia pequeña.

4. Reacciones frente al último embarazo

La investigación sobre las reacciones de las encuestadas frente a su embarazo más reciente (el embarazo actual en el caso de las mujeres entrevistadas en la clínica prenatal) da mayor fe a la inferencia de que una proporción considerable de las mujeres de clase baja aspiran a evitar todo embarazo futuro. Se les preguntó a todas las informantes: "¿Cuál fue su reacción cuando quedó embarazada esta vez (la última vez)?"

Según la respuesta a esta pregunta, las entrevistadas fueron clasificadas en una de cinco categorías, como se aprecia en el cuadro 11. Como se demuestra allí, el 29 por ciento reaccionó en forma muy positiva a su último embarazo y otro 13 por ciento tuvo una reacción atenuada, aunque todavía positiva. En el extremo opuesto de la escala, el 33 por ciento tuvo una reacción muy negativa y el 20 por ciento tuvo una respuesta negativa algo menos intensa.

Que estas proporciones varíen significativamente según el *status* de planificación familiar no constituyen ninguna sorpresa en vista de las tendencias anteriormente documentadas hacia una racionalización de las actitudes en términos de la experiencia personal. Como se muestra en el cuadro 11, el 85 por ciento de las planificadoras exitosas, el 78 por ciento de las no-planificadoras temporales y el 65 por ciento de las mujeres subfértiles manifestaron una reacción positiva frente al último embarazo.

Cuadro 11

REACCION FRENTE AL ULTIMO EMBARAZO POR STATUS DE PLANIFICACION FAMILIAR

(En porcentajes)

Reacción frente al último embarazo	Planificadoras exitosas	Planificadoras parcialmente exitosas	Planificadoras no exitosas	No-planificadoras temporales	No-planificadoras voluntarias e involuntarias	Mujeres subfértiles	Total
Muy positiva	63,6	22,1	9,2	63,1	6,7	55,0	29,3
Positiva	21,2	13,2	3,9	15,2	17,3	10,0	12,7
Neutral o sin respuesta	—	10,3	—	2,1	4,0	7,5	4,2
Negativa	15,2	16,2	23,7	10,9	29,3	20,0	20,4
Muy negativa	—	38,2	63,2	8,7	42,7	7,5	33,4
Total (N= 100 por ciento)	33,0	68,0	76,0	46,0	75,0	40,0	338,0

Por otra parte, el 87 por ciento de las planificadoras no exitosas, el 72 por ciento de las no-planificadoras involuntarias y de las no-planificadoras voluntarias y el 54 por ciento de las planificadoras parcialmente exitosas tuvieron reacciones negativas frente a su último embarazo. En general, una mayoría de las entrevistadas (54 por ciento) reaccionó negativamente frente a su último embarazo. Si por el momento excluimos a los dos grupos para los cuales el problema de la planificación familiar aún no se ha presentado (es decir, las no-planificadoras temporales y las mujeres subfértils), encontramos que la proporción de que reaccionaron en forma negativa frente a su último embarazo se eleva al 64 por ciento.

Como era de esperar, las reacciones frente al último embarazo también difieren en forma significativa de acuerdo al número actual de hijos vivos de la encuestada. Como se ve en el gráfico 2, el 75 por ciento de las mujeres que están esperando su primer hijo reaccionó favorablemente a este embarazo; de las que esperaban a su segundo hijo, el 64 por ciento tuvo una respuesta positiva. No obstante, una vez más la línea divisoria crítica entre dos y tres hijos tiene predominio, puesto que el 50 por ciento de las mujeres reaccionaron en forma negativa cuando esperaban su tercer hijo; esta proporción aumenta rápidamente a 88 por ciento para las que esperan su cuarto hijo y a 89 por ciento para las que esperan su quinto hijo o más.

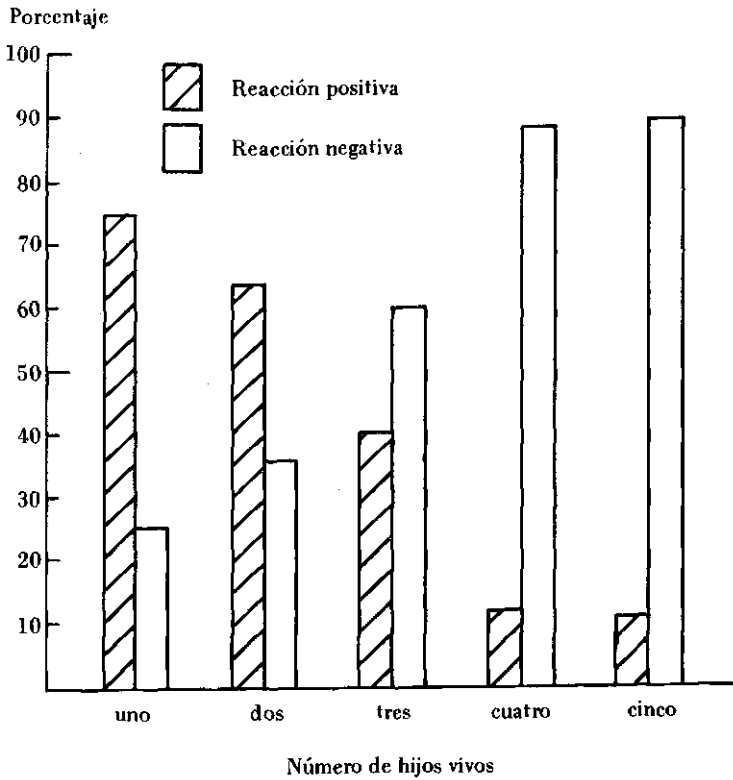
Para resumir, la evidencia de que una mayoría de las entrevistadas reaccionaron en forma negativa frente a su último embarazo refuerza las conclusiones a las que se llegó previamente al discutir el tamaño "esperado" de la familia. Además, el examen de las reacciones frente al embarazo más reciente demostró que cuando se trata de las actitudes más concretas e inmediatas hacia el tamaño de la familia, es decir, su reacción frente al embarazo, la mayoría de nuestras entrevistadas preferiría no tener más de dos hijos en la actualidad.

5. Percepción de las diferencias de clase en la fecundidad

La relación inversa entre la condición socio-económica y la fecundidad constituye una de las generalizaciones mejor documentadas por la investigación demográfica. En Brasil, el análisis de la fecundidad diferencial se ha visto seriamente estorbado por una falta de información confiable. A falta de datos satisfactorios, incluso se ha sugerido que, en este país, clase y fecundidad se correlacionan en forma directa en lugar de

Gráfico 2

REACCION FRENTE AL ULTIMO EMBARAZO, POR NUMERO DE HIJOS VIVOS ^{a/}



^{a/} Se excluyen las que no respondieron y las respuestas neutras.

inversa.^{31/} Sea como fuere, uno de los pocos análisis completos de este problema se llevó a cabo en la ciudad de Río de Janeiro y el estudio concluye definitivamente que, en esta ciudad, la relación predominante es la acostumbrada: salvo escasas excepciones, la fecundidad disminuye con el *status* social.^{32/}

Nuestro interés en el problema de clase y fecundidad en este momento no consiste en corroborar esta relación, sino más bien en examinar cómo la gente de clase baja la percibe y cómo reacciona frente a ella. Se les preguntó a las mujeres de esta encuesta: "¿Qué diría usted: ¿los ricos tienen más hijos, menos hijos o el mismo número de hijos que los pobres? ¿Por qué dice eso? (¿Cómo explica usted la diferencia?)".

El análisis de las respuestas a esta pregunta demuestra que las personas de clase baja en Río de Janeiro tienen una conciencia muy clara respecto a las diferencias de clase en la fecundidad y, además, que una mayoría considerable ha elaborado su propia explicación racional de este fenómeno. De las 338 entrevistadas, el 96 por ciento afirmó que los ricos tenían menos hijos que los pobres y el 3 por ciento afirmó que el tamaño de la familia era igual entre ricos y pobres. Sólo dos encuestadas declararon que los ricos tienen más hijos que los pobres y dos más no tenían opinión sobre el asunto.

Las respuestas a la percepción de las diferencias de clase en la fecundidad dan una visión particularmente clara de las opiniones, esperanzas, frustraciones y actitudes de las mujeres de clase baja. Comenzando con las dos mujeres que pretendían que los ricos tienen una fecundidad más alta, se verificó que ambas atribuían esto al hecho que "los ricos tienen más dinero y pueden darles a los niños mayores comodidades". Las explicaciones que dieron las diez mujeres que declararon que la clase no tiene relación con la fecundidad son del siguiente tenor:

"Depende de los esfuerzos de cada pareja; el dinero no hace diferencia".

"Lo he visto en las casas donde he trabajado; es todo igual".

"Sólo depende de pescarse un embarazo y eso no varía seas rica o pobre".

"Algunas quieren un lote. A otras sencillamente no les importa".

31/ Véase Giorgio Mortara: *Pesquisas sobre os diversos grupos de côrnas populações do Estado de São Paulo e do Distrito Federal*. IBGE. Río de Janeiro, 1951. T. Lynn Smith: "The Reproduction Rate in Latin America", *Population Studies*, 12 (1): 4-17. J.V.D. Saunders, *Differential Fertility in Brazil*, University of Florida Press. Gainesville, 1958.

32/ Bertram Hutchinson, "Colour, Social Status and Fertility in Brazil". *América Latina*, 8(4): 3-25, 1965.

Mirando ahora la abrumadora mayoría de mujeres que afirmaron que los ricos tienen menos hijos, sus explicaciones atribuyen este fenómeno en forma predominante a la incapacidad de los pobres para financiar el control de la natalidad y a la ignorancia general o imprevisión que caracterizan la forma que tiene el hombre pobre de abordar la planificación familiar. Las categorías principales de explicaciones se presentan más abajo junto con citas ilustrativas.^{33/}

- a) Los ricos tienen dinero para la anticoncepción o para el aborto, o para la esterilización o para el "tratamiento" (195 mujeres).
- "Los ricos tienen dinero para comprar remedios y para abortar. Quieren pasarlo bien, no tener problemas. No les gusta amarrarse. Los pobres también son así, pero simplemente no tienen el dinero para gastar en remedios o en hacerse abortos".
 - "Los ricos tienen menos porque toman remedios. Los pobres también toman remedios. Los toman pero un día fallan. A veces no pueden comprarlos. A veces toman dos porque entre las píldoras hay una que no sirve y los pobres siempre se toman esa".
 - "Los ricos tienen dinero, pueden evitar. Los pobres, en lugar de comprar el remedio, compran alimentos. ¿Usted cree que los pobres tienen la plata para esas cosas? "
 - "Las mujeres ricas que conozco se hicieron una operación en que les amarraron las trompas. Fui a preguntar por ella en una clínica y pedían NCr\$ 1.200,00. Yo no puedo pagar eso".
- b) Los pobres son imprevisores. (51 mujeres).
- "Tengo impresión de que los ricos prevén el futuro más que los pobres. Los pobres nunca recuerdan que tienen que tener menos chiquillos para poder arreglárselas. Los ricos no son así, pueden verlo en seguida".
 - "Los ricos quieren educar mejor a sus hijos, darles mejores ropas y educación. Creo que los pobres son en realidad ignorantes y no piensan nunca en el futuro y en lo difícil que es criar a los hijos. Siempre dicen que tienen un lote de chiquillos porque Dios lo quiso así. ¿No es esto ignorancia? "
 - "Tienen más posibilidades de evitar. Además, los pobres son unos tontos. La mujer va donde su marido y le dice: "Creo que estoy guatona" (es decir, creo que estoy embarazada). A esto él responde: "No te preocupes, donde se alimentan dos, se alimentan

^{33/} Varias mujeres dieron más de un motivo, de modo que el número total de explicaciones es mayor que el número de mujeres que declararon que los ricos tienen familias más pequeñas. Evidentemente, algunas de las citas serían apropiadas para ilustrar más de una categoría.

- tres”, y siguen con ésto durante toda su vida. Los ricos no tienen esta lesera de que donde se alimenta uno se alimentan dos, no son descuidados como los pobres. Se hacen un tratamiento. Los pobres son más descuidados en todo y para todo”.
- c) Los ricos no se quieren molestar con niños. (51 mujeres).
 - “Los ricos quieren tener más diversión y menos trabajo”.
 - “Los ricos piensan que con menos hijos pueden salir más, a donde les de la gana. Los pobres de todos modos, no tienen a donde ir, así es que se la pasan teniendo chiquillos y poniéndolos a trabajar”.
 - “Los pobres no tienen responsabilidades sociales como los ricos. Por ejemplo, si los pobres tienen algo que comer, comen; si no tienen, simplemente no comen. Los ricos siempre quieren hacer todas las cosas mejor”.
- d) Los pobres no conocen los anticonceptivos. (32 mujeres).
 - “Los ricos son más inteligentes que los pobres, estudian, luego se enteran de cómo se hace, desde que se casan. Los pobres no, no tuvieron los medios para estudiar tanto, así es que sólo aprenden después que tienen un montón de chiquillos”.
 - “Los ricos saben cómo evitar; tienen conocimiento, educación y no dejan que venga el embarazo. Los pobres no saben cómo. Antes solía pasar que cuando alguien me hablaba de bebés, yo me ponía colorada. Ahora no, el tema hasta está de moda. Los pobres sólo aprenden con la vida, después que tienen los chiquillos”.
 - “Los ricos usan más la cabeza”.
- e) Los hijos son el tesoro y la alegría del pobre. (25 mujeres).
 - “Los pobres no saben vivir. Los ricos pueden salir a divertirse. No tenemos ni cine ni televisión; la única distracción es hacer y criar chiquillos”.
 - “Porque tienen los medios para comprar la medicina. Además, ellos saben que mientras más ganan, más gastan y quieren que sus hijos estén bien cuidados. Los pobres vienen con eso de que los chiquillos traen alegría al hogar y luego van y llenan la casa de chiquillos. Sólo después ven que cuesta plata y son los niños los que sufren por eso”.
- f) Explicaciones varias. (15 mujeres).
Las mujeres pobres son más obedientes. (5 mujeres).
 - “Las mujeres pobres son hartas tontas. Si sus maridos no quieren que eviten, no las dejan, simplemente agachan la cabeza y no evitan. Las mujeres ricas sencillamente deciden evitar y listo, no les hacen caso a sus maridos. Por lo general, la mujer pobre es más obediente con su marido. Lo veo donde yo vivo. Salen soamente

si sus maridos las dejan, y solamente hacen lo que él quiere. Son un montón de estúpidas”.

g) El destino, la Divina Providencia. (5 mujeres).

- “Los ricos tienen menos porque evitan, o quizá porque Dios ya les dio esta buena suerte”.

h) Otras. (5 mujeres).

i) No saben por qué. (35 mujeres).

En suma, una aplastante mayoría de las mujeres de clase baja está consciente de la relación inversa existente entre condición socio-económica y fecundidad. En su mayor parte, también tienen una percepción racional de los factores inmediatos que explican estas diferencias; una gran proporción de estas mujeres cita la falta de dinero para el control de la natalidad o ignorancia (ya sea en términos de falta de previsión o ignorancia de la anticoncepción) como los principales obstáculos para el control efectivo de la fecundidad entre los pobres. Además, muchas entrevistadas demuestran una considerable perspicacia en su análisis de la manera como estos factores afectan concretamente a la planificación familiar. Por último, es interesante observar que la Divina Providencia, la suerte y otras explicaciones fatalistas juegan un papel sorprendentemente pequeño en las interpretaciones que hacen estas mujeres de las diferenciales de fecundidad entre las clases sociales.

Resumen

Al comienzo de este capítulo, se dejó oír una nota de advertencia respecto a los problemas metodológicos que rodean a la recolección e interpretación de la información sobre las actitudes en relación al tamaño de la familia. A pesar de que se tuvo un especial cuidado en la estructuración de las preguntas y en el análisis de las respuestas, subsiste la posibilidad de que ítem específicos en casos individuales puedan resultar engañosos. Pero cuando los actuales resultados se consideran en forma global, pueden haber pocas dudas de su validez como indicadores de tendencias generales dentro del grupo; las actitudes en relación al tamaño de la familia fueron investigadas desde diferentes ángulos y las respuestas expresadas por las mujeres de clase baja de esta encuesta resultaron ser reiteradas, coherentes y consistentes.

En términos del número ideal de hijos, la mayoría de las mujeres prefieren una familia de dos o tres hijos; el tamaño ideal de la familia por lo general coincide con el tamaño real de la familia sólo cuando esta última está compuesta de solamente dos o tres hijos. Sin embargo, cuando se les preguntó acerca del número de hijos que piensan que sería el mejor para ellas en el momento actual, la mayoría de las mujeres, particular-

mente entre la clase baja baja, eligieron el número real de su familia. Además, cuando se les preguntó acerca de la fecundidad futura esperada, una gran proporción de las encuestadas se valió de la oportunidad para expresar la esperanza de que no incurrirían en otros embarazos. En forma semejante, una mayoría de las entrevistadas expresaron desagrado con su embarazo más reciente. En general, los datos presentados en este capítulo recalcan reiteradamente que la mayor parte de las mujeres preferirían no tener más de dos hijos en las circunstancias específicas que les son propias.

La investigación de las diferencias percibidas en la fecundidad según la clase social, también proporcionó nuevas perspectivas acerca de las actitudes sobre el tamaño de la familia de las mujeres de clase baja. Una inmensa mayoría estaba consciente de la correlación inversa entre clase y fecundidad y un número sorprendentemente grande era capaz de proporcionar una explicación lúcida de los mecanismos inmediatos en tales diferencias.

En resumen, la investigación de las actitudes del tamaño de la familia proporciona informaciones importantes respecto de la motivación en planificación familiar. Las mujeres de clase baja, en la muestra presente, demostraron claramente que están del todo consciente de la relación entre la condición socio-económica de una persona y su capacidad para criar hijos en conformidad con sus aspiraciones. Por esta razón, en condiciones ideales, preferirían una familia algo más grande, pero en vista de sus propias situaciones concretas de vida, muchas mujeres, particularmente las que han alcanzado un tamaño de familia de tres o más hijos, expresan un fuerte deseo de no seguir teniendo más. Los capítulos siguientes se ocuparán de analizar la capacidad de estas mujeres para implementar sus aspiraciones en cuanto a la formación y planificación de sus familias.

VI. CONTROL DE LA NATALIDAD

Las actitudes fueron descritas anteriormente como una predisposición a la acción; importantes en el desarrollo de la motivación para la acción, las actitudes de este modo pueden considerarse como una parte integral del proceso de toma de decisiones. Aunque el capítulo anterior demostró claramente que una mayoría de las mujeres de clase baja prefieren en forma consistente las familias pequeñas, particularmente, cuando analizan el tamaño de la familia en términos de su propia situación concreta en la vida, también demostró que tales preferencias, con frecuencia, son poco realistas. Las actitudes expresadas por estas mujeres podían a menudo describirse en forma más precisa como meras manifestaciones de deseos más que estímulos para la acción. Para traducir preferencias de tamaño de la familia en acción de planificación familiar, es necesario además tener conocimiento de las prácticas efectivas de control de la natalidad, estar dispuesta a usarlas y tener la capacidad para usarlas. El presente capítulo se ocupa del análisis de las actitudes hacia la planificación familiar y hacia el control de la natalidad, de la descripción del conocimiento de las técnicas de control de la natalidad, y de la investigación de las circunstancias y el modo en que el control de la natalidad se realiza.

1. Las actitudes hacia la planificación familiar y hacia el control de la natalidad

a) La posibilidad de planificar

Evidentemente, antes de que una persona intente controlar el tamaño y espaciamiento de su prole, debe, estar consciente, como mínimo, de que es posible ejercer cierto dominio sobre la reproducción. Por consiguiente, como primer paso hacia la investigación de las actitudes respecto al control de la natalidad, se les preguntó a las entrevistadas: "¿Cree usted que es posible que una persona diga por ejemplo: "Voy a tener solamente dos hijos" o "Voy a tener cinco hijos", y que logre tener exactamente el número que desea?" (Si la respuesta es sí: "¿Cree usted que esto es fácil o difícil de lograr?" ¿Por qué? Si contesta no: "¿Por qué dice usted que no se puede?").

Como se muestra en el cuadro 12, el 81 por ciento de las entrevistadas afirmó que es posible que una persona regule su prole de este modo; de éstas, más de la mitad cree que, teóricamente, es una tarea relativamente fácil para una mujer tener el número de hijos que desea. A su vez, el 16 por ciento de la muestra declaró que es imposible ejercer un control semejante y el 3 por ciento restante no estaba seguro.

Cuadro 12

ACTITUDES HACIA LA POSIBILIDAD DE
PLANIFICACION FAMILIAR

	N° de entrevistadas ^{a/}	Porcentaje
I. <i>Posible</i>	275	81,3
A. <i>Posible y fácil</i>	155	(45,8)
1. Hay tantos métodos disponibles	83	
2. Basta con tomar la píldora	47	
3. Basta con hacerse una operación	15	
4. Lo que se necesita es voluntad	14	
5. Lo intenté y me fue bien	14	
6. Otras	18	
B. <i>Posible, pero difícil</i>	120	(35,5)
1. No siempre hay dinero suficiente	34	
2. El control de la natalidad puede ser malo para la salud	33	
3. Las medicinas pueden fallar	19	
4. No se puede ir contra la voluntad de Dios, o, es pecado	13	
5. A la persona se le puede olvidar tomar el remedio	9	
6. Otras	23	
II. <i>Imposible</i>	54	16,0
1. No se puede hacer nada acerca del tamaño de la familia, o, Dios envía a los hijos	23	
2. Las medicinas fallan	12	
3. Lo intenté y me fue mal	9	
4. Sé de personas que intentaron y les falló	6	
5. Otras	9	
III. <i>Sin respuesta:</i>	9	2,7
IV. <i>Total:</i>	338	100,0

a/ A causa de las múltiples respuestas, las razones declaradas no suman el sub-total de las categorías.

De acuerdo a la información que figura en el cuadro 12, entre las mujeres que declararon que la planificación del tamaño de la familia es a la vez posible y fácil, más de la mitad explicó esto en términos de la gran variedad de métodos disponibles, mientras que otro 30 por ciento se refirió específicamente a la accesibilidad de los anticonceptivos orales. Entre las que afirmaron que tal planificación es posible pero difícil, más de la mitad mencionó el hecho de que la anticoncepción puede ser excesivamente cara o perjudicial para la salud. El tercer grupo afirmó que es imposible planificar el tamaño de la familia porque la procreación es simplemente un acontecimiento que está fuera del control del ser humano y porque las técnicas conocidas son inherentemente defectuosas.

Analizando en forma breve los factores que condicionan las actitudes hacia la posibilidad de la planificación familiar, se observaron dos tendencias principales: Primero, como podía esperarse en vista de la índole educativa de la asistencia proporcionada por la clínica de planificación familiar, todas las entrevistadas en esta institución afirmaron que se podía controlar el tamaño de la familia; un 55 por ciento de éstas opinó que tal control es un asunto relativamente sencillo, y las restantes, que es una tarea posible pero difícil. Como contraste, el 77 por ciento de las pacientes de la clínica prenatal cree que se puede planificar el tamaño de la familia (el 44 por ciento fácil y el 33 por ciento difícil) mientras que el resto cree que es imposible.

En segundo lugar, como se observa en el cuadro 13, mientras más efectiva ha sido la tentativa de planificación familiar, mayor es la probabilidad de que se considere la planificación como un asunto relativamente sencillo; el 67 por ciento de las planificadoras exitosas y el 59 por ciento de las planificadoras parcialmente exitosas respondieron que es posible y fácil regular el tamaño de la familia; esta proporción baja al 39 por ciento entre las planificadoras no exitosas y al 25 por ciento entre las no-planificadoras involuntarias. A la inversa, las últimas dos categorías tienen proporciones más grandes que respondieron que la planificación familiar es o difícil o imposible.

b) Actitudes hacia el control de la natalidad

Antes de que el individuo pueda realizar un esfuerzo decidido por controlar el tamaño y el espaciamiento de su prole, también tiene que haber desarrollado actitudes favorables hacia los medios de control de la fecundidad. En el curso de la presente investigación, se les planteó a las entrevistadas preguntas separadas acerca de sus actitudes hacia la anticoncepción y hacia el aborto.

A la pregunta: "¿Acepta usted que las parejas usen métodos o cosas para evitar el embarazo y que tengan hijos sólo cuando quieren?", el

Cuadro 13

ACTITUDES HACIA LA POSIBILIDAD DE LA PLANIFICACION
FAMILIAR, POR STATUS DE PLANIFICACION

(En porcentajes)

Actitudes hacia la planificación	Condición de planificación					Mujeres subfér- tiles
	Planifi- cadoras exitosas	Planifi- cadoras parcial- mente exitosas	Planifi- cadoras no exitosas	No plani- ficadoras tempo- rales	No plani- ficadoras voluntarias e invo- luntarias	
Fácil	67	59	39	52	25	55
Difícil	33	30	36	22	28	25
No es posible		10	22	24	39	13
Sin respuesta		1	3	2	8	7
<i>Total</i> (N = 100 por ciento)	33	68	107	46	75	40

66 por ciento de la muestra respondió que eran partidarias incondicionales de la anticoncepción. Otro 28 por ciento declaró su aceptación condicionada, es decir, la anticoncepción sólo es permisible para el espaciamiento o cuando la pareja no puede mantener más hijos, o si la anticoncepción no es perjudicial para la salud de la mujer. Sólo el 6 por ciento afirmó que estaba en contra de la anticoncepción, ya sea porque no es moralmente permisible o porque es inherentemente perjudicial a la salud de la usuaria.

La preponderancia de las actitudes favorables hacia la anticoncepción se mantiene para las pacientes de las clínicas prenatales así como para las entrevistadas de la clínica de planificación familiar. En realidad, las primeras tienen una proporción mayor como partidarias incondicionales de la anticoncepción (70 por ciento en comparación con 52 por ciento), una proporción más pequeña que la acepta bajo ciertas condiciones (22 por ciento en comparación con el 47 por ciento) y una proporción más alta que se opone a la anticoncepción (7 por ciento contra un 1 por ciento). Como pudiera esperarse, 18 de las 20 mujeres que se oponen absolutamente a la anticoncepción son no-planificadoras voluntarias, no-planificadoras temporales y mujeres subfértilas.

Respuestas típicas a la pregunta sobre las actitudes hacia la anticoncepción son las siguientes:

- 1) Aceptación incondicional de la anticoncepción. (222 mujeres).
"Sí, la acepto, porque pienso que no se puede tener tantos hijos. Yo, por ejemplo, todos los años tengo uno y sólo me salté el año que me hice un aborto".

“Pienso que es mejor evitar. Tantos niños que pasan hambre, que andan mugrientos”.

“Es una buena idea. Porque si se tiene un método eficiente, es mejor que hacerse un aborto. De esta manera se tienen sólo los hijos que se desean”.

“Pienso que deberían evitar porque con pocos hijos se las pueden arreglar mejor, pero no con un montón. Hasta los ricos debieran evitar, porque es difícil con un lote de chiquillos. Los ricos van a tener los mismos problemas que los pobres; si tienen demasiados chiquillos, van a terminar pobres con tanto gasto”.

“Pienso que está bien por lo que cuesta la vida. En el campo, cuando alguien hablaba de evitar, todo el mundo comenzaba con sus habladurías; a las madres no les gustaba, era terrible. Ahora me doy cuenta de la tontería que era; por qué llenar la casa de chiquillos si más tarde no se pueden educar como es debido”.

“Sí, la acepto, porque hay gente que tiene un chiquillo detrás del otro si no lo hacen”.

2) Aceptación condicionada. (93 mujeres)

“Creo que si una pareja tiene una buena casa y puede darles a los hijos de todo y mantenerlos, deben tenerlos. Pero si no pueden darles a todos de todo, por supuesto que deben evitar, hay tantas maneras de hacerlo”.

“Sólo acepto el calendario (abstinencia periódica). Es mejor que las medicinas que pueden hacer daño. Conozco una mujer que se pescó un cáncer con las píldoras”.

“A veces son malas para la salud de una persona. Hay algunas personas que toman un montón de basuras. Si hubiera un remedio que me enseñara una persona de más edad..., pero si me va a hacer daño, es mejor tener un bebé”.

3) Oposición a la anticoncepción. (20 mujeres)

“No, es un pecado. Creo que es un pecado. Lo que Jesús ha hecho nosotros no tenemos derecho a deshacer”.

“No, si te detienes bajo la lluvia, es para mojarte”.

“No estoy de acuerdo, creo que debemos tener los hijos que vienen. Evitar no es bueno. Algunos remedios hacen daño, otros te quitan el placer. Tener hijos no es un problema tan grande”.

En resumen, más del 90 por ciento de las mujeres de clase baja de la presente muestra están de acuerdo con la anticoncepción para las mujeres que, como ellas, no pueden mantener un número no regulado de hijos, o si puede encontrarse un anticonceptivo inocuo. La proporción que aprueba la anticoncepción guarda estricta relación con las actitudes

hacia el tamaño de la familia y hacia la procreación que fueron reveladas en el capítulo anterior; sin embargo, es sorprendentemente alta en comparación con los resultados de investigaciones similares en esta o en otras áreas en desarrollo. Por ejemplo, la encuesta de Río de Janeiro de 1963-1964 mostró que el 14 por ciento de todas las mujeres casadas entre 20 y 29 años de edad se oponían al control de la natalidad y la mayoría admitía que éste podía ser practicado sólo en circunstancias específicas; sólo el 8 por ciento aprobaba el control de la natalidad en forma incondicional.^{34/} ¿Cómo se explican estas diferencias?

La posibilidad de que la inclusión de las pacientes de la clínica de planificación familiar dentro de nuestra encuesta explicara las proporciones más elevadas de mujeres partidarias de la anticoncepción ya ha sido descartada. Pueden considerarse tres diferencias metodológicas. Primero, la pregunta del CELADE se les planteó a mujeres casadas de todas las condiciones sociales, mientras que la actual pregunta fue dirigida a encuestadas que eran todas de los estratos bajos. En segundo lugar, la actual pregunta sobre las actitudes hacia la anticoncepción fue formulada en términos generales, mientras que la pregunta del CELADE puede haber favorecido las respuestas condicionadas (es decir, “¿En qué casos acepta usted la anticoncepción?”). Tercero, la información del CELADE citada aquí se refiere a mujeres entre 20 y 29 años de edad, mientras que la muestra actual se restringió al grupo de edades 25-30 años. Por último, sin embargo, las diferencias de actitudes se pueden deber en gran parte al tiempo transcurrido entre la encuesta del CELADE y la presente; es decir, en el interin se han producido cambios importantes (difusión de la píldora, crecientes debates religiosos y políticos sobre el control de la fecundidad, creciente escasez de viviendas, etc.) y éstos pueden haber producido cambios en la mentalidad.

Además, hay que anotar que la mayor parte de las encuestas de fecundidad preguntan acerca de las actitudes hacia el control de la natalidad en general, es decir, sin discriminar entre el aborto y la anticoncepción. Como lo demuestran los párrafos siguientes, sin embargo, existen diferencias importantes en las actitudes de las personas hacia estos dos enfoques del control de la fecundidad.

A las 262 mujeres de esta encuesta que no admitieron haberse provocado un aborto se les preguntó: “¿En cuáles casos, si es que hay alguno,

^{34/} Sugiyama Iutaka: “A estratificação social e o uso diferencial de métodos anticoncepcionais no Brasil urbano”. *América Latina*, 8(1): 101-119, 1965. Compárese también J. Mayone Stycos: *Familia y Fecundidad en Puerto Rico*, Fondo de Cultura Económica, México, 1958, cap. 8. Hill, Stycos y Back: *The Family and Population Control*, op. cit., págs. 128-142. Stycos y Back: *The Control of Human Fertility in Jamaica*, op. cit., págs. 47-64.

crea usted que una mujer puede provocarse un aborto? ” Como puede deducirse del cuadro 14, el 53 por ciento de estas mujeres respondió que el aborto nunca está permitido; el 44 por ciento condenó el aborto bajo ciertas circunstancias (más de un cuarto de éstas se refería sólo al aborto terapéutico), y el 3 por ciento no dio ninguna opinión al respecto.

De las 139 mujeres que declararon que estaban incondicionalmente en contra del aborto, la mayor proporción aludió al hecho de que “es un crimen (o un pecado mortal) matar a una criatura”. Otro número importante se refirió al riesgo de lesiones que acompaña al aborto. Entre las 115 mujeres que admitieron que el aborto podía ser practicado en ciertas circunstancias, la mayoría se refirió a las dificultades económicas o a los problemas maritales como motivo suficiente para el aborto. Además, 38 mujeres contestaron que sólo el aborto terapéutico es permisible. Si éstas se transfieren a la categoría de “jamás” (puesto que la intención verdadera de la pregunta fue medir las actitudes hacia el aborto no-terapéutico), entonces encontramos que el 68 por ciento de las mujeres sin antecedentes de aborto inducido se oponen de hecho a esta práctica.

Cuadro 14

ACTITUDES HACIA EL ABORTO ENTRE LAS MUJERES
SIN ANTECEDENTES DE ABORTO INDUCIDO

	Nº de entrevistadas ^{a/}
I. <i>Nunca debe permitirse:</i>	139
1. El aborto es un crimen y/o un pecado	77
2. El aborto es un riesgo para la salud de la mujer	44
3. El aborto lo hacen las personas malvadas que no quieren a los niños	18
4. Otras	2
5. No sabe, no responde	27
II. <i>Puede permitirse, bajo ciertas circunstancias</i>	115
1. Situación económica difícil	40
2. Aborto terapéutico	38
3. Para espaciar o limitar la familia	25
4. Cuando la mujer no tiene marido o compañero	24
5. Para evitar el escándalo	11
6. Otras	13
III. <i>No sabe, no responde</i>	8

a/ A causa de las múltiples respuestas, las razones declaradas no suman el sub-total de las categorías.

Aunque se consideró poco delicado formular esta pregunta sobre las actitudes hacia el aborto a las mujeres que admitieron haber experimentado uno o más abortos no terapéuticos, es interesante observar que varias de estas mismas mujeres, en principio, son contrarias al aborto. Tales actitudes se reflejan en la siguiente declaración hecha por una mujer que había tenido ocho abortos inducidos: "Pienso que es bueno que la gente evite. Porque si una persona no quiere hijos, es mejor evitar que sacárselos. Me he sacado varios pero no creo que está bien. Hace mal para la salud de la madre y es igual que matar a un niño. Antes, yo no sabía de las píldoras, pero aunque hubiese sabido no habría podido comprarlas".

A la inversa, varias de las mujeres que declararon su firme oposición moral al aborto, admitieron sin embargo, que habían tratado, sin éxito, de abortar en una o más oportunidades y varias otras habían querido intentar el aborto pero no tuvieron los medios para hacerlo. Una ambivalencia semejante es fácilmente comprensible en vista del hecho, verificado reiteradamente en el curso de esta investigación, de que el aborto constituye un expediente desagradable que es aceptado como una medida de emergencia sencillamente porque se considera preferible antes que traer niños indeseados al mundo. Como lo expresara una de las encuestadas: "Hasta acepto el aborto. Sé que es algo malo, pero ¿qué quieres? La vida está muy cara y no podemos estar teniendo hijos todo el tiempo. Después ¿cómo los educas?, ¿cómo los alimentas?".

c) La religión y la planificación familiar

Más de las tres cuartas partes de las mujeres de esta muestra se declaran católicas. Esta proporción es algo inferior a la de la población brasileña en conjunto; no obstante, a falta de otra información pudiera ser lo suficientemente elevada para justificar la expectativa de que la valoración tradicional de la Iglesia respecto a la familia numerosa y su oposición a la mayoría de las técnicas de planificación familiar actuaría como freno para la planificación familiar. De este modo, si la Iglesia ejerce una influencia directa sobre el comportamiento con respecto a la planificación familiar, pudiéramos esperar que las católicas, en particular las católicas practicantes, tenderían a preferir las familias numerosas y a oponerse en forma más sistemática a la anticoncepción. Sin embargo, es un hecho bien conocido por los estudiosos de la sociedad latinoamericana que la afiliación religiosa (y a veces las observancias religiosas) a menudo se halla dissociada del comportamiento individual. Además, la penetración real de las directivas de la Iglesia puede ser particularmente restrin-

Cuadro 15

TAMAÑO IDEAL DE LA FAMILIA POR AFILIACION
Y PRACTICA RELIGIOSA

(En porcentajes)

Tamaño ideal de la familia	Católicas practicantes	Católicas irregulares	Católicas nominales	Otras	Total
0	-	-	-	-	-
1	2,1	1,9	2,0	1,3	1,8
2	29,9	30,9	37,2	31,6	32,8
3	25,5	24,5	29,4	25,3	26,3
4	17,0	20,9	11,8	11,4	15,4
5 y más	17,0	10,0	14,7	24,0	15,7
Sin respuesta	8,5	11,8	4,9	6,3	8,0
Total (N = 100 por ciento)	47,0	110,0	102,0	79,0	338,0

gida en las clases bajas.^{35/} Así, por ejemplo, sólo el 14 por ciento de las mujeres de clase baja en la presente muestra podía ser calificado como católicas practicantes, incluso en el sentido más amplio. Sea como fuere, el hecho es que ni la afiliación ni la práctica religiosa parecen ejercer una gran influencia directa sobre los ideales respecto al tamaño de la familia o sobre las actitudes hacia el control de la natalidad que revelaron las mujeres de la muestra.

Examinando en primer lugar las preferencias de tamaño de la familia por categorías de afiliación y práctica religiosa, según se muestra en el cuadro 15, encontramos sólo diferencias aleatorias entre las preferencias de tamaño de la familia de los diversos grupos de católicas y no católicas. Es cierto que las católicas nominales prefieren dos o tres hijos con mayor frecuencia que los otros dos grupos de católicas, pero por otro lado también prefieren estos tamaños de familia en mayor grado que las no católicas; además, las católicas nominales tienen una proporción más alta que desea cinco hijos o más, indicando con ello que cualesquiera que sean las diferencias que existen, éstas son de tipo aleatorio.

Luego, si examinamos las actitudes hacia la anticoncepción en el cuadro 16, nuevamente encontramos que la afiliación y práctica religiosa no ejercen una influencia sistemática sobre las actitudes hacia la anticoncepción.

Por último, en un intento por especificar la naturaleza de la relación entre las enseñanzas de la Iglesia y la planificación familiar de las clases bajas, se les preguntó directamente a las entrevistadas acerca de su cono-

35/ Para una investigación completa de estos asuntos, véase Carlos Alberto de Medina: *Favela e Religião*, CERIS, Rio de Janeiro, 1968.

cimiento de las enseñanzas de la Iglesia en el área de la planificación familiar y sobre sus actitudes frente a tales enseñanzas.

A la luz del debate público y ampliamente difundido que se desencadenó luego de la encíclica del Papa Paulo VI, *Humanae Vitae*, pudiera esperarse que la mayoría de las personas tendrían cierto conocimiento básico sobre la posición de la Iglesia con respecto a la planificación familiar. En realidad, aparentemente muy poco del debate se filtró hacia las clases bajas. De las 338 entrevistadas de esta muestra, sólo cinco mencionaron el hecho de que la Iglesia discrimina entre la abstinencia periódica y otras técnicas anticonceptivas y ninguna de ellas estaba de acuerdo con esa posición. Dada esta diminuta proporción, el conocimiento mínimo sobre las enseñanzas de la Iglesia se definió aquí sencillamente como conciencia del hecho de que la Iglesia de algún modo se opone al control de la natalidad.

De la muestra total, como se observa en el cuadro 17, el 31 por ciento (incluyendo a las cinco mujeres que tenían una información más discriminante sobre los postulados de la Iglesia) creía que la Iglesia prohíbe el control de la natalidad y no estaba de acuerdo con esta directiva; sólo el 3 por ciento tenía la misma idea de las enseñanzas de la Iglesia y estaba de acuerdo con ellas. Aún más significativo es el hecho de que el 45 por ciento de las entrevistadas no tenía idea de que opinión hubiera expresado la Iglesia sobre la materia, pero de todos modos no estaba de acuerdo con que tuviera que pronunciarse al respecto. Otro 13 por ciento expresó la opinión de que, puesto que los sacerdotes y religiosos están mejor informados, deberían tomar la iniciativa de enseñarle a la gente los métodos "buenos y malos", o simple-

Cuadro 16

ACTITUDES HACIA LA ANTICONCEPCION POR AFILIACION
Y PRACTICA RELIGIOSA

(En porcentajes)

	Católicas practicantes	Católicas irregulares	Católicas nominales	Otras	Total
La aceptan incondicionalmente	65,2	62,4	74,2	62,0	66,3
Aceptación condicional	30,4	30,3	21,8	30,4	27,7
No la aceptan	4,4	7,3	4,0	7,6	6,0
Total (N= 100 por ciento)	46,0	109,0	101,0	79,0	338,0 ^{a/}

a/ El total incluye tres sin respuesta.

Cuadro 17

CONOCIMIENTO DE Y ACTITUDES HACIA LAS ENSEÑANZAS
DE LA IGLESIA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR, POR
AFILIACION Y PRACTICA RELIGIOSA
(En porcentajes)

Religión	Tiene conocimiento mínimo y no concuerda	Tiene conocimiento mínimo y concuerda	No tiene conocimiento y no concuerda	No tiene conocimiento; la Iglesia puede o debe enseñar	No tiene conocimiento o no opina	(N= 100 por ciento) Total
Católicas practicantes	29,8	4,3	42,5	19,1	4,3	47
Católicas irregulares	37,3	4,5	40,0	9,1	9,1	110
Católicas nominales	27,4	1,0	52,0	14,7	4,9	102
Otras	26,6	3,8	44,3	13,9	11,4	79
<i>Total</i>	<i>30,8</i>	<i>3,2</i>	<i>45,0</i>	<i>13,3</i>	<i>7,7</i>	<i>338</i>

mente proporcionarles a los fieles información anticonceptiva; el 8 por ciento restante no tenía ni conocimiento ni opinión acerca de la posición de la Iglesia con respecto a la planificación familiar.

Examinando ahora la influencia de la afiliación y práctica religiosa sobre el conocimiento de las enseñanzas de la Iglesia, no encontramos diferencias significativas entre católicas y no católicas ni entre católicas practicantes, irregulares y nominales.

Algunas de las opiniones más típicas y reiteradas emitidas con respecto al papel de la Iglesia en la planificación familiar, sirven para ilustrar los datos resumidos en el cuadro 17:

“¡Oh, claro que están en contra! Donde yo vivo el sacerdote sí que está en contra. Pero no creo que evitar sea tan malo; cada persona sabe lo que le conviene más”.

“No, nunca oí nada. Pero no creo que la Iglesia tenga derecho porque eso es algo que la pareja debe decidir. Los doctores son los que saben de esto. Quizás la Iglesia le dice a una persona que evite de una cierta manera y esto no resulta, ¿y entonces qué? Somos pobres y no podemos educarlos. Si la Iglesia nos ayudara a criar a nuestros hijos, estaría bien, pero no lo hace”.

“No, nunca oí nada... Hay otras maneras como una persona puede aprender: los hospitales, los doctores. Cada uno tiene su propia labor. La Iglesia es para la misa y la religión. Los asuntos de mujeres, la salud, eso es para los doctores”.

"Sé que están en contra de evitar... Creo que tienen derecho. Estudian más que nosotros, saben lo que es mejor".

"No, nunca oí nada de esto. Creo que debieran informarnos porque es peor si una persona tiene demasiados hijos. Algunas pueden hacerlo, pero otras no, y hay tantos niños con hambre".

A la luz de esta evidencia concerniente a la ignorancia relativa de los preceptos de la Iglesia, es fácil ver por qué la religión no ejerce una influencia significativa sobre las preferencias de tamaño de la familia ni sobre las actitudes hacia la anticoncepción. En resumen, puede concluirse por la información anterior que, aunque la afiliación católica es elevada en la presente muestra, las enseñanzas de la Iglesia no ejercen una influencia sistemática directa sobre las actitudes hacia el control de la natalidad. No obstante, persiste la posibilidad de que la Iglesia ejerza una influencia indirecta sobre la planificación familiar; este punto será discutido brevemente en el capítulo final. Por ahora, nos dedicaremos a la investigación del conocimiento sobre anticonceptivos y el uso de ellos.

2. *Conocimiento de la anticoncepción*^{36/}

La sección anterior, en cierto sentido, prosiguió la investigación sobre las actitudes con respecto a la planificación familiar indicada en el capítulo precedente. Haciendo un resumen de la evidencia establecida hasta aquí, es justo decir que una mayoría considerable de las mujeres de clase baja de nuestra muestra prefiere una familia de tamaño pequeño y que por lo general aprueba los métodos que se requieren para regular el tamaño y el espaciamiento de la prole. Dadas estas predisposiciones, la planificación familiar efectiva todavía dependerá, en parte, del conocimiento real de las técnicas de control de la natalidad y, por ello, las páginas que siguen se ocuparán de averiguar la naturaleza y el grado de información sobre control de la natalidad que poseen las mujeres de clase baja en Río de Janeiro.

La investigación del conocimiento sobre control de la natalidad, particularmente entre los grupos socio-económicos más bajos, presenta

^{36/} Se observará que aquí el énfasis se desplaza desde el "control de la natalidad" a la "anticoncepción". El conocimiento del aborto como un método de control de la natalidad no ha sido directamente investigado. De hecho, en el cuestionario se supuso que el aborto era conocido por todas las entrevistadas y por consiguiente la investigación procedió de modo directo al análisis de las prácticas y actitudes respecto al aborto. Es significativo que ninguna entrevistada requirió una explicación adicional del término "aborto provocado" para contestar si estaba o no de acuerdo con esta práctica y sobre qué fundamentos. Es decir, todas las entrevistadas estaban realmente conscientes del aborto inducido como un método de control de la natalidad y por lo tanto puede considerarse como la técnica más ampliamente conocida en la muestra.

varios escollos. Los principales, que son pertinentes para el actual estudio, han sido planeados en forma concisa por Stycos y Back:

“La entrevistada puede tener vergüenza o temor de admitir su conocimiento, especialmente de ciertos métodos; puede estar enterada de ciertos métodos, pero no reconocer o no saber los nombres de estos métodos; si un término es ofrecido por la entrevistadora, puede decir que lo conoce simplemente para demostrar la superioridad de sus conocimientos. Es evidente que existen serios peligros tanto de una sobreestimación como de una subestimación. Además, al hacer preguntas sobre conocimientos de control de la natalidad, corremos el riesgo de contaminar las respuestas en otras áreas, por ejemplo, las actitudes hacia el control de la natalidad.^{37/}”

Alerta a estos peligros, en la presente investigación se intentó mitigarlos por medio de los siguientes procedimientos. Las preguntas sobre la anticoncepción se iniciaron con una pregunta sobre las actitudes hacia la anticoncepción (discutida anteriormente). Esta iba seguida por una pregunta que inquiría si la entrevistada había antes discutido la anticoncepción con su marido o compañero. Se le preguntaba luego a la entrevistada: “¿Qué cosas o métodos ha oído usted que pueden usarse para evitar el embarazo? ”, y estos métodos fueron debidamente anotados. Luego, se le leía una lista de otras técnicas anticonceptivas, junto con sus eufemismos populares, y se le solicitaba a la entrevistada que indicase si había oído hablar de cada uno. Cuando la entrevistada decía que conocía un método determinado, se le pedía que identificase, en términos generales, la naturaleza, función y forma de uso de este método. Basándose en esta descripción, la entrevistadora luego anotaba “comprende” o “no comprende” frente a cada método descrito.

Finalmente, para cada método que la entrevistada conocía de oídas, se le preguntaba si alguna vez lo había usado, la duración del uso, por qué lo eligió, por qué lo abandonó, si sobrevino un embarazo durante su uso y dónde había obtenido la información sobre el método.

A pesar de estas precauciones, la calidad de la información consiguiente sobre anticoncepción continúa siendo dispareja. Hasta donde se puede determinar, la información sobre el uso de anticonceptivos es satisfactoriamente precisa. Esto se debe a que se pudieron verificar los datos sobre el uso de anticonceptivos con la historia de embarazos de la entrevistada y con su historia de actividad sexual.

Con respecto al conocimiento sobre la anticoncepción, a pesar de nuestras medidas de precaución, existía una natural reticencia a discutir

^{37/} Stycos y Back: *The Control of Human Fertility in Jamaica, op. cit.*, págs. 35-36.

Cuadro 18

**CONOCIMIENTO Y COMPRESION DE LAS
TECNICAS ANTICONCEPTIVAS**

Método	N° de entrevistadas que citaron o reconocieron el método	# (2) como porcentaje de todas las entrevistadas	N° de entrevistadas que comprenden el método	# (4) como porcentaje de todas las entrevistadas
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Anticonceptivos orales	324	96	246	73
2. Preservativos	284	84	197	58
3. Esterilización	274	81	147	43
4. Duchas vaginales	242	71	161	48
5. Inyecciones esterilizantes	238	70	132	39
6. Productos quimicos (comprimidos, pomadas, jaleas, supositorios)	197	58	104	31
7. Coitus interruptus	191	57	178	53
8. Abstinencia periódica	179	53	21	6
9. DIU	95	28	43	13
10. Analgésicos (uso vaginal)	88	26	44	13
11. Infusiones y/o analgésicos (uso oral)	85	25	33	10
12. Diafragma	67	20	8	3
13. Otros	20	6	6	2
<i>Total</i>	2 284		1 320	

ciertas técnicas o una inclinación a confesar conocimientos respecto a ciertas técnicas, así como problemas de nomenclatura diferencial. Además, la evaluación del punto hasta el cual la entrevistada comprende un método determinado se ve complicado por el hecho de que ciertos métodos tales como el *coitus interruptus* se "comprenden" en la práctica por el hecho mismo de que son "conocidos"; otros como la esterilización exigen un conocimiento sofisticado de la morfología y de la fisiología para ser comprendidos cabalmente. En vista de estas dificultades, es inevitable que los criterios hayan variado, sin embargo, como regla operacional general, incluso el conocimiento más elemental de una técnica determinada fue suficiente para justificar el que se clasificase como comprendido.

Dadas estas circunstancias, los datos sumarios que aparecen en el cuadro 18 se interpretan más bien como índices gruesos de la divulgación relativa de las diversas técnicas anticonceptivas que como mediciones exactas del conocimiento anticonceptivo.

No obstante, hay por lo menos una observación notable que no se presta para malas interpretaciones. Esta es la consideración de que, de las 338 mujeres en esta muestra, sólo tres afirmaron que nunca habían

oído de ningún método anticonceptivo y otras cuatro habían oído sólo de un método. La mayor parte de las mujeres conocían varias técnicas. En general, como puede deducirse del cuadro 18, las entrevistadas citaron o reconocieron un promedio de 6,8 métodos; además, tenían lo que se evaluó como un conocimiento práctico elemental de 4,0 métodos por entrevistada.^{38/}

De igual significación son los datos que figuran en el cuadro 18, respecto a la posición relativa de diversas técnicas anticonceptivas en la escala de conocimiento y comprensión.^{39/} Inicialmente, es evidente que los anticonceptivos orales son lejos la técnica más conocida entre las mujeres de clase baja. Prácticamente todas las entrevistadas habían oído hablar de la "píldora" y una mayoría considerable tenía una comprensión general de cómo debe usarse. Dado lo relativamente reciente de la disponibilidad del anticonceptivo oral, una difusión tan amplia entre las clases bajas es un hecho de considerable significación.

Después de los anticonceptivos orales, en orden de popularidad, se encuentran los preservativos, la esterilización y la ducha vaginal. Luego viene un método de eficacia práctica más bien dudosa, las inyecciones intrauterinas esterilizantes, las cuales si bien reciben poca mención en estudios anteriores, son conocidas en una proporción sorprendentemente grande de mujeres de la presente muestra. Los anticonceptivos químicos (las jaleas, las pomadas, los supositorios, las tabletas efervescentes), el *coitus interruptus* y la abstinencia periódica son conocidos por proporciones aproximadamente iguales de la población, pero el conocimiento práctico de estos métodos varía bastante; la mayoría de las personas que han oído hablar del *coitus interruptus* tienen, necesariamente, algún conocimiento práctico de esta técnica, pero sólo el 6 por ciento de todas las encuestadas tienen alguna noción de cómo usar el método de la abstinencia periódica.

Alrededor del 28 por ciento de todas las entrevistadas había oído decir que los analgésicos (la aspirina, el mejoral, la cilabena, la cafiaspi-

^{38/} Cabe señalar que estas proporciones incluyen remedios populares que poseen dudosas propiedades anticonceptivas.

^{39/} El lector observará que no se hace mención de la "abstinencia" en el cuadro 18 ni en discusiones posteriores. En realidad, la abstinencia prolongada se consideró como un método anticonceptivo más bien irrelevante; la encuesta de hecho mostró que sólo tres entrevistadas mencionaron este método y ninguna intentó alguna vez practicarlo voluntaria y específicamente. La investigación de la actividad sexual demostró que algunas entrevistadas que vivían con un compañero más o menos permanente, en forma ocasional pasaban por períodos prolongados sin relaciones sexuales; en estos casos, sin embargo, la abstinencia era el resultado de frigidez, desinterés, enfermedad, separación y otras razones semejantes antes que una tentativa consciente de practicar la anticoncepción.

rina, etc.) pueden colocarse en la vagina para evitar la concepción. Nuevamente, un 25 por ciento de todas las entrevistadas habían oído decir que la ingestión oral de infusiones o analgésicos, o ambos, sirven para prevenir la concepción. Sólo el 20 por ciento de las mujeres de esta muestra conoce los diafragmas y un 6 por ciento señaló un método adicional de anticoncepción.^{40/}

Para situar el conocimiento anticonceptivo de estas mujeres en una perspectiva adecuada, puede resultar fructífero compararlo con el de mujeres en otras zonas en desarrollo. El cuadro 19 compara información sobre conocimientos anticonceptivos de las mujeres entre 25 y 30 años de edad en seis ciudades latinoamericanas y en la presente entrevista. Las diferencias de muestreo (en particular con referencia a la clase social, puesto que los datos de CELADE son representativos de mujeres de todos los estratos sociales) nos previenen en contra de una generalización extensiva; sin embargo, los datos del cuadro 19 sirven para los propósitos de una comparación general.

Cuadro 19

PORCENTAJE DE MUJERES DE 25 A 30 AÑOS DE EDAD EN
VARIAS CIUDADES LATINOAMERICANAS Y EN LA
PRESENTE MUESTRA QUE DECLARARON
CONOCER TÉCNICAS ANTICONCEPTIVAS

Método	Ciudad						Río de Janeiro (muestra presente)
	San José	Caracas	Panamá	Bogotá	México	Río de Janeiro	
Esterilización	74	80	91	36	49	66	81
Píldora	6	4	18	3	25	9	96
Diafragma	48	49	57	22	33	46	20
Preservativos	90	80	75	42	43	65	84
Jaleas	32	26	39	49	20	35	58
Duchas vaginales	73	81	87	55	61	85	71
Abstinencia periódica	77	60	70	50	48	66	53
<i>Coitus interruptus</i>	66	65	58	49	32	44	57

Fuente: CELADE, PECFAL-U, Grupo de Tabulaciones IV, Cuadros 14.79 a 14.86.

^{40/} Entre éstas, encontramos a tres mujeres que mencionaron la abstinencia; tres, el coito anal; una, la esponja vaginal; una, los tampones de algodón; y una, la esterilización masculina. Las restantes mencionaron variadas técnicas semi-mágicas y populares, tales como: contener la respiración durante las relaciones sexuales, quemar el útero; orinar el "insecto" masculino antes del orgasmo de la mujer; colocar una pastilla de sal bajo la lengua durante las relaciones sexuales; tomar tres sorbos de agua después de las relaciones sexuales y ponerse boca abajo.

La característica más sobresaliente del cuadro 19 es el grado en que los anticonceptivos orales han llegado a ser de conocimiento común en la presente muestra. La encuesta del CELADE, realizada en 1964, mostraba que las residentes de Ciudad de México eran las más enteradas de los anticonceptivos orales, sin embargo, sólo el 25 por ciento de la población de esa ciudad sabía de la existencia de la píldora. En Río de Janeiro, sólo el 9 por ciento de las mujeres había oído de la píldora en 1964, pero ya para 1969 el 96 por ciento de las mujeres de clase baja tenía conocimiento de la anticoncepción oral. También era más probable que las mujeres en la presente muestra hubiesen oído hablar de la anticoncepción química, de la esterilización y de los condones que las entrevistadas en la encuesta del CELADE de 1964. Por otra parte, una proporción más pequeña de nuestras entrevistadas conocían el diafragma y la abstinencia periódica que la mayor parte de los demás grupos.

En resumen, la investigación del conocimiento anticonceptivo entre las informantes de clase baja de Río de Janeiro proporciona algunas sorpresas. En primer lugar, está la consideración de que prácticamente todas las entrevistadas conocían por lo menos dos métodos para evitar la concepción; en realidad, estas mujeres conocían como promedio más de seis técnicas anticonceptivas. Además, dos métodos clínicamente efectivos (los anticonceptivos orales y la esterilización) y un método semi-efectivo (los condones) encabezan la lista de las técnicas conocidas y "comprendidas". La proporción que sabe de los métodos tradicionales, tales como la ducha vaginal, los períodos seguros y el *coitus interruptus* es comparable con la ponderación en otras áreas, pero la alta proporción que asegura conocer las inyecciones intrauterinas esterilizantes, el uso oral y vaginal de infusiones y analgésicos, no se informa en otros lugares. En el extremo opuesto, encontramos que el DIU y el diafragma todavía son relativamente desconocidos en las clases bajas.

Enfocando el asunto desde el punto de vista de la efectividad de las técnicas anticonceptivas conocidas, en el cuadro 20 encontramos que más del 40 por ciento de todas las técnicas conocidas y comprendidas son del tipo que tienen la efectividad clínica más alta.^{41/} Evidentemente,

^{41/} Por "efectividad clínica" se denota aquí la capacidad que tiene una técnica determinada de evitar los embarazos indeseados cuando se usa de acuerdo a las instrucciones. Este término se contrapone al de "efectividad práctica", que denota la efectividad en condiciones reales de uso en terreno. Los grados relativos de efectividad clínica fueron juzgados aquí en términos de las evaluaciones formuladas por Elizabeth Draper en *Birth Control in the Modern World*, Penguin Books, Baltimore, 1955, capítulos 4 y 9, y en la Parte III de *Family Planning and Population Programs*, *op. cit.*, págs. 375-432. El método de las inyecciones intrauterinas es objeto de escasa atención en la literatura sobre el tema; no obstante se clasificó aquí como una técnica "no exitosa" más a causa de su carácter permisivo (y por lo tanto desalentador) que por su probable efectividad clínica.

Cuadro 20

CONOCIMIENTO Y COMPRENSION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EFECTIVOS, SEMIEFECTIVOS Y NO EXITOSOS; PACIENTES DE LA CLINICA PRENATAL Y DE LA CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Métodos	Promedio de métodos conocidos por entrevistada		Promedio de métodos comprendidos por entrevistada	
	Clínica pre-natal	Clínica de planificación familiar	Clínica pre-natal	Clínica de planificación familiar
<i>Efectivos.</i> (Píldoras, Esterilización, Productos Químicos, Diafragma, DIU).	2,65	3,43	1,42	2,29
<i>Semiefectivos.</i> (Duchas Vaginales, <i>Coitus Interruptus</i> , Abstinencia Periódica, preservativos).	2,63	2,74	1,38	2,47
<i>No Exitosos.</i> (Inyecciones Esterilizantes, Analgésicos, Infusiones, otros).	1,24	1,39	0,55	0,94
<i>Total</i>	6,52	7,56	3,35	5,70

la calidad y la cantidad de la información anticonceptiva difiere en forma significativa entre las mujeres entrevistadas en la clínica de planificación familiar y las entrevistadas en las clínicas prenatales. En vista de la naturaleza educacional de la asistencia brindada por la clínica de planificación familiar, no es de sorprenderse que las informantes entrevistadas allí conozcan un número mayor de métodos, en particular los métodos modernos más efectivos. Sin embargo, incluso si no se toma en cuenta a estas informantes, las conclusiones antes formuladas en cuanto al nivel cuantitativo extraordinariamente alto de conocimiento anticonceptivo que prevalece en la presente muestra sigue siendo valedero. En realidad, quizás el hecho individual sobresaliente del cuadro 20 es que la entrevistada media que no ha contado con la ventaja de una asistencia formal sobre planificación familiar tiene, no obstante, un conocimiento práctico elemental de 1,4 método efectivo y 1,4 método semiefectivo.

En resumen, la cantidad de información sobre control de la natalidad en esta muestra es sorprendentemente alto. Pero, ¿qué hay en cuanto a la calidad de esta información? Se realizó un primer intento por responder a esta pregunta en términos de si las entrevistadas tenían algún conocimiento práctico rudimentario de una técnica determinada, pero a causa de problemas en la recolección de los datos se estimó que por lo general esta evaluación era insatisfactoria. Otro enfoque aproximativo a este problema consiste en examinar las fuentes de información anticoncep-

tiva. Se le pidió a cada entrevistada que para cada técnica anticonceptiva mencionada o reconocida indicara su fuente de información. *Ceteris paribus*, podríamos esperar que mientras más experta sea la fuente de información, mayor será la capacidad para hacer uso efectivo de un método determinado.

El cuadro 21 reúne información sobre las fuentes de conocimiento anticonceptivo para todas las mujeres entrevistadas en las dos clínicas prenatales. Es altamente sugestivo que estas entrevistadas pudieran proporcionar datos sobre su fuente inicial de información acerca de los métodos masculinos, es decir, el condón y el *coitus interruptus*. Es más probable que los vecinos hayan recomendado la ducha vaginal u otros métodos populares de anticoncepción. En forma significativa, las amigas y conocidas juegan un papel preponderante en la divulgación de prácticamente todas las técnicas, mientras que los parientes informan de manera desproporcionada acerca de la esterilización y las inyecciones esterilizantes.

En general, entonces, estos datos demostrarían el importante papel que juegan las fuentes no especializadas de información anticonceptivas en las prácticas de control de la fecundidad de la clase baja. Puede esperarse que la información proporcionada por doctores, enfermeras o farmacéuticos sea de mejor calidad y, por lo tanto, que facilite un uso anticonceptivo eficaz, pero estas fuentes en conjunto representan sólo el 13 por ciento de todos los conocimientos anticonceptivos. Es verdad que los médicos tienen un papel más importante en la divulgación de técnicas

Cuadro 21

FUENTES CONOCIDAS DE INFORMACION ANTICONCEPTIVA

(En porcentajes)

Técnica	Médico	Compañero marital	Vecina	Amiga o conocida	Farmacéutico	Pariente	Diario o Revista
Anticonceptivos orales	20,1	3,4	9,4	50,3	2,7	11,4	2,7
Anticonceptivos químicos	18,2	6,0	15,2	39,4	6,0	15,2	—
Esterilización	8,8	—	5,9	63,2	1,5	20,6	—
Duchas vaginales	6,3	4,8	20,6	55,6	3,2	9,5	—
Preservativos	6,0	31,4	10,4	41,8	—	10,4	—
<i>Coitus interruptus</i>	—	52,9	11,8	29,4	—	5,9	—
Inyecciones esterilizantes	4,2	2,1	14,5	52,1	4,1	20,8	2,1
Otros	5,6	5,6	17,9	53,6	3,8	9,5	3,8
Total	10,5	10,1	12,6	50,2	2,8	12,6	1,1

tales como la píldora o los anticonceptivos químicos, pero incluso aquí son la fuente primaria de información de sólo un quinto de los casos. Además, cabe recordar que los datos del cuadro 21 se refieren sólo a las fuentes conocidas de información. Puesto que evidentemente es más probable que las entrevistadas recordasen mejor su fuente de información si ésta hubiese sido un médico o una enfermera que si hubiese sido una conversación casual, resulta obvio que el papel real que juegan las fuentes especializadas en la divulgación del conocimiento anticonceptivo es considerablemente más pequeño que el que incluso se describe aquí.

Las consecuencias que tienen los patrones predominantes de divulgación anticonceptiva sobre la calidad de la información y sobre el uso efectivo son enormes; tendremos ocasión de volver a este problema al discutir la efectividad práctica de las técnicas anticonceptivas.

3. *Uso del control de la natalidad*

Hasta aquí, en este capítulo nos hemos ocupado de analizar las actitudes de las mujeres de clase baja hacia el control de la natalidad y de determinar la calidad y la cantidad de información sobre control de natalidad a su disposición. Llegamos ahora al núcleo de todo el problema de la planificación familiar: ¿Hasta qué punto estas mujeres hacen uso real de las técnicas de control de la natalidad? ¿Qué métodos prefieren? ¿Cuál es el éxito que tienen en sus tentativas de control de la natalidad con los diversos métodos? El resto de este capítulo se ocupará de proporcionar respuesta a estas interrogantes.

En un comienzo, vale la pena observar en el cuadro 22 que 142 entrevistadas, o sea, el 42 por ciento de toda la muestra, nunca realizó un esfuerzo serio de controlar la natalidad (es decir, nunca usaron anticonceptivos durante un mínimo de dos meses sucesivos y nunca se provocaron un aborto). De éstas, algo más de un tercio realizó alguna tentativa vacilante de practicar la anticoncepción y varias otras intentaron, sin éxito, expulsar el feto mediante maniobras abortivas. Por otra parte, puesto que aquí se destaca más bien el control de la natalidad que la planificación como tal, algunas no-planificadoras temporales y mujeres subfértiles que realizaron un esfuerzo anticonceptivo consistente fueron incluidas como usuarias del control de la natalidad. En general, la categoría de las que no han usado nunca métodos anticonceptivos está formada de la siguiente manera: las no-planificadoras involuntarias: el 48 por ciento; las no-planificadoras temporales: el 25 por ciento; las mujeres subfértiles: el 22 por ciento; las no-planificadoras voluntarias: el 5 por ciento.

Volviendo ahora a las 196 mujeres que realizaron algún esfuerzo concertado de control de natalidad, encontramos que los anticonceptivos

Cuadro 22

USO DEL CONTROL DE LA NATALIDAD

	Nº de mujeres	Nº de casos de uso
A. Nunca han usado el control de la natalidad	142	
B. Intentaron alguna forma de control de la natalidad	196	545
C. Métodos usados por las mujeres que intentaron el control de la natalidad:		
(a) Aborto	76	185
(b) Anticoncepción	189	360
1. Anticoncepción oral	160	160
2. Duchas vaginales	42	50
3. Productos químicos	39	41
4. <i>Coitus interruptus</i>	39	40
5. Preservativos	24	24
6. Abstinencia periódica	14	15
7. Infusiones y/o analgésicos (vaginales o de uso oral)	9	10
8. DIU	8	8
9. Inyecciones esterilizantes	7	7
10. Otros remedios caseros	5	5
11. Esterilización y diafragma	0	0

orales han asumido una posición preponderante no sólo en términos de conocimiento de ellas, sino también en términos de uso real; un 80 por ciento de todas las mujeres que han realizado una tentativa de control de la natalidad ha usado la píldora alguna vez. Sin embargo, si examinamos el número real de veces que una técnica de control de natalidad determinada fue usada (es decir, la misma entrevistada puede hacer varios usos distintos de la misma técnica), entonces encontramos que el aborto representa el método más ampliamente usado en nuestra población. En realidad, el aborto ha sido utilizado 185 veces en comparación con 160 casos de uso de anticonceptivos orales. A causa de la diferencia fundamental entre estos dos métodos (el uno es usado en forma continua, el otro en forma esporádica; el efecto de las píldoras presumiblemente desaparece apenas se dejan de usar, mientras que el aborto puede llevar a una esterilidad más o menos temporal), es difícil asegurar cuál de estos dos métodos tiene la mayor repercusión sobre la fecundidad. Sólo se puede llegar a la conclusión de que las píldoras y el aborto son, lejos, los

métodos de control de natalidad más ampliamente practicados por las mujeres de esta muestra.

Entre las técnicas anticonceptivas, mientras que la píldora mantenía la misma preponderancia en cuanto a conocimiento y también en cuanto a uso real, la posición de las otras técnicas se ha alterado en forma apreciable. Por ejemplo, los preservativos masculinos ocupaban el segundo lugar en cuanto a conocimiento, pero ocupan un quinto lugar distante en cuanto a uso real; en forma semejante, las inyecciones esterilizantes son conocidas por muchas entrevistadas, pero de hecho las usan muy pocas. Evidentemente, a causa de la naturaleza de la muestra, ninguna de nuestras informantes ha experimentado jamás una operación esterilizante; pero también resulta interesante en nuestro grupo que ni una sola mujer haya intentado jamás usar el diafragma. Las posiciones respectivas de los productos químicos, la ducha vaginal, la abstinencia periódica, el *coitus interruptus* y los remedios populares permanecen en gran medida sin cambios en cuanto a su orden de conocimiento y uso real; por otra parte, ninguno de éstos métodos ha sido adoptado en forma extendida, por lo menos en comparación con el gran número de mujeres que saben de su existencia.

Si hacemos un contraste entre la proporción de mujeres de la muestra que han hecho uso de diversas técnicas anticonceptivas y las mujeres que

Cuadro 23

PORCENTAJE DE MUJERES DE 25 A 30 AÑOS DE EDAD EN
VARIAS CIUDADES LATINOAMERICANAS Y EN LA
PRESENTE MUESTRA QUE HAN DECLARADO HABER
USADO ALGUNA VEZ LA ANTICONCEPCION

Método	Ciudad							
	Buenos Aires	Río de Janeiro	Bogotá	San José	México	Panamá	Caracas	Río de Janeiro (muestra presente)
<i>Coitus interruptus</i>	37	7	17	31	8	12	16	12
Abstinencia periódica	24	23	19	25	17	21	20	4
Duchas vaginales	21	22	9	20	18	25	25	15
Productos químicos	9	8	5	6	3	5	2	12
Preservativos	53	13	10	44	9	20	33	7
Diafragma	3	5	2	3	3	8	6	—
Píldoras	3	8	2	4	9	7	2	45
Proporción que ha usado alguna vez alguna forma de anticoncepción	84	59	38	73	38	52	61	56

Fuente: CELADE, PECFAL-U, Grupo de Tabulaciones IV, Variables 14 vs. 102.

que han usado alguna vez anticonceptivos en Río de Janeiro y en otras ciudades latinoamericanas en 1964 (véase cuadro 23), encontramos que las mujeres de clase baja de Río de Janeiro en 1969 tenían una probabilidad más o menos semejante de haber usado alguna forma de anticonceptivos a la que tenía la población de casadas de esta ciudad en 1964. Esto representa una pequeña alza en el uso de los anticonceptivos en las clases bajas.^{42/}

Además, las mujeres en la presente muestra tenían una probabilidad mucho mayor de haber usado anticonceptivos que las mujeres casadas de Ciudad de México o Bogotá en el año 1964; sólo Buenos Aires y San José tenían una proporción mucho más alta de usuarias alguna vez en esa fecha que nuestras entrevistadas en 1969, en gran parte como resultado del amplio uso de preservativos en estas ciudades.

Comparando el uso de técnicas específicas en nuestro modelo con el de la población general de Río de Janeiro, observamos nuevamente la rápida diseminación de los anticonceptivos orales, y, en menor grado, de los anticonceptivos químicos. También es más probable que la gente de clase baja haya practicado el *coitus interruptus*, pero menos probable que haya usado el diafragma, la ducha vaginal, la abstinencia periódica o los preservativos.^{43/}

Los datos que figuran en el cuadro 23, naturalmente, se refieren sólo al control de la fecundidad por medio de la anticoncepción. Sin embargo, datos adicionales sobre Río de Janeiro, preparados por Hutchinson, muestran que el 9,2 por ciento de las mujeres casadas en esta ciudad confesaron por lo menos un aborto inducido,^{44/} ésto contrasta con el 22,5 por ciento revelado por la presente muestra. De las mujeres con antecedentes abortivos en la población total de la ciudad, el 73 por ciento también había usado anticonceptivos, en comparación con el 92 por ciento de nuestra encuesta de clase baja.

^{42/} De acuerdo a los datos proporcionados por Iutaka, *op. cit.*, pág. 111, el 50 por ciento de las mujeres de clase baja (categorías de *status* 5 y 6) habían hecho algún uso de anticonceptivos en 1964, en comparación con el 56 por ciento en la muestra presente. Si incluyésemos a todas las mujeres de la presente muestra que han hecho algún uso de anticonceptivos, no importa cuán breve o intermitente haya sido el uso (como se hizo en la encuesta de CELADE), entonces es probable que el "uso alguna vez" en la muestra presente sobrepasaría el "uso alguna vez" en toda la muestra de Río de Janeiro en 1964 (i.e., el 59 por ciento).

^{43/} Estos patrones por lo general son consecuentes por el análisis de Iutaka, que muestra que las mujeres de clase alta prefieren la abstinencia periódica, el diafragma y los preservativos, mientras que la clase baja usó con mayor frecuencia el *coitus interruptus*. (Véase Iutaka, *op. cit.*, pág. 116). No obstante, el incremento de los anticonceptivos orales y químicos eclipsa a todos los demás patrones.

^{44/} Hutchinson, *op. cit.*, pág. 29-30.

En resumen, parecería que la población de clase baja de Río de Janeiro practica en la actualidad la anticoncepción aproximadamente en el mismo grado que la población total de la ciudad hace cinco años. Pero, además, la presente muestra tiende a confiar en métodos anticonceptivos más eficaces clínicamente, aunque, no obstante, tiende a recurrir al aborto en una proporción mayor de casos. El hecho que estas mujeres hagan uso efectivo o no de estos diversos métodos, es un problema diferente, que, de todos modos será abordado en las páginas siguientes.

4. Aceptabilidad y uso efectivo de las técnicas de control de la natalidad

A pesar de las investigaciones intensas realizadas en las últimas décadas destinadas a descubrir un método ideal de prevenir los nacimientos indeseados, ninguna técnica actualmente disponible reúne todos los requisitos ideales que harían accesible la planificación familiar a todos los individuos interesados en regular el tamaño de sus familias. Una técnica ideal de planificación familiar debe ser efectiva, fácil de usar, barata, no asociada al acto sexual y reversible en cuanto a su operación: tampoco debe causar incomodidades temporales o permanentes o interferir en la satisfacción sexual y, finalmente, no debe contraponerse a las normas religiosas, éticas o estéticas.

En mayor o menor grado, cada uno de los métodos actualmente disponibles transgrede uno o varios de estos requisitos. Además, incluso en la mejor de las circunstancias, cada método es susceptible de fallas humanas tales, que la discusión sobre la eficacia relativa de los sistemas de control de la natalidad debe considerar varios factores socio-culturales y psicosomáticos no relacionados directamente con la efectividad clínica intrínseca de estos sistemas. Cuando, como sucede en las actuales circunstancias, se discute el control de la natalidad en referencia a un grupo socio-económico bajo, que muestra un bajo nivel de alfabetismo y educación y, además, que comparte una serie de normas, valores, temores y sospechas subculturales que no son particularmente conducentes a la práctica efectiva del control de la natalidad, entonces las deficiencias inherentes a los métodos tienden a verse enormemente realzadas.

Por estos motivos, se hace indispensable una discusión separada de la aceptabilidad y efectividad práctica de cada método de limitación de la familia para la comprensión del éxito o fracaso de la planificación familiar.

a) Anticonceptivos orales

A pesar de su introducción más o menos reciente al cúmulo de técnicas disponibles, se demostró anteriormente que los anticonceptivos orales

habían alcanzado un ascendiente considerable entre la presente población, tanto en términos de su difusión como de su uso real. No obstante, "la píldora" no ha alcanzado de ningún modo aún la condición de anticonceptivo ideal; en verdad, la mayoría de las entrevistadas que han tenido alguna experiencia con la píldora tiene quejas acerca de uno o más aspectos relacionados con su uso.

En sí, la idea de la anticoncepción oral es muy atrayente para la mayoría de las personas; la píldora exige un esfuerzo relativamente pequeño por parte de la usuaria, es sencilla y a la vez limpia y tiene la ventaja de estar dissociada del acto sexual. Por otra parte, la forma particular de su envoltorio inspira el mismo tipo de confianza en cuanto a su efectividad que el resto de las drogas milagrosas modernas. No obstante, para nuestras entrevistadas, los anticonceptivos orales son a menudo tan caros que no pueden comprarlos; además, se tiende a olvidar tomarlos o a tomarlos en forma errónea (y por lo tanto son calificados como "inefectivos"), o, de lo contrario, dan origen a una plétora de incomodidades reales o imaginarias.

A juzgar por la información obtenida durante esta investigación, parecería que los anticonceptivos orales ya forman parte de la sabiduría popular. Si generalizáramos, podríamos declarar que la píldora es ampliamente conocida, se la reconoce como efectiva, pero al mismo tiempo se la considera como la causante de una variedad de dolencias más o menos permanentes, en especial de trastornos nerviosos.

De las 150 mujeres de la muestra que han tenido alguna experiencia con la píldora, sólo 10 la han usado más de una vez; el uso de la píldora ha sido abandonado en 125 casos y 35 mujeres estaban tomando la píldora al tiempo de la entrevista. El cuadro 24 resume los éxitos y fracasos de la píldora en los 125 casos en que fue abandonada.^{45/}

Examinando en primer lugar la duración de uso, encontramos que alrededor del 45 por ciento de todas las mujeres que han intentado la planificación familiar con anticonceptivos orales abandonaron la píldora después de menos de seis meses de uso; por otra parte, menos del 20 por ciento logró continuar el uso de la píldora por más de dos años. Para comprender la relativa incapacidad de las encuestadas de hacer uso prolongado de la píldora, examinaremos ahora, en las columnas horizon-

^{45/} En este cuadro y en los que siguen sobre el uso de anticonceptivos, los datos se refieren a usuarias simples o múltiples, es decir, la misma entrevistada puede ser contabilizada más de una vez si ha abandonado el uso de un método y más tarde ha reanudado el uso de este mismo método. También cabe señalar que cuando una entrevistada alternaba la píldora con otro método, entonces tal alternación no fue considerada como una "discontinuación". Tampoco se clasificó como discontinuación el cambiarse a otra marca de píldora.

Cuadro 24

USO DE LA ANTICONCEPCION ORAL, POR DURACION DE USO Y
RAZON DE ABANDONO

Razón de abandono	Duración de uso						Total
	0 a 3 meses	3 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 año a 2 años	2 a 3 años	3 años y más	
Embarazo indeseado	7	4	6	7	3	—	27
Problema de salud	17	8	10	6	5	2	48
Embarazo deseado	2	1	3	1	1	2	10
Falta de fondos	6	2	1	4	2	2	17
Alternó con otro método y quedó embarazada	—	1	1	4	3	3	12
Otros	4	3	2	1	—	1	11
<i>Total</i>	<i>36</i>	<i>19</i>	<i>23</i>	<i>23</i>	<i>14</i>	<i>10</i>	<i>125</i>

tales, las razones para su abandono. Allí encontramos que más de un quinto interrumpió el uso de la píldora a causa de un embarazo no planificado ocurrido durante el uso de la píldora. Se estableció que dos tercios de estos fracasos pueden atribuirse claramente al mal uso de la píldora; aun cuando las restantes sostuvieron que habían estado tomando la píldora de acuerdo a las instrucciones, es probable que la mayoría de sus embarazos fueran también el resultado de un uso incorrecto.

A modo de ilustración, podría señalarse que entre las mujeres que usaron la píldora en forma incorrecta, dos tomaban la píldora una vez al mes: "Porque me dijeron que las píldoras son tremendamente fuertes! "; otra sólo tomaba las píldoras el día después de tener relaciones sexuales y luego se tomaba dos a la vez. Una mujer soltera sólo tomaba la píldora en los días que se juntaba con su amigo, mientras que otra dejaba de tomarla en una o varias oportunidades, pensando que estas omisiones no afectarían la capacidad de la píldora para evitar la concepción.

En alrededor del 40 por ciento de los casos, las entrevistadas dejaron de tomar la píldora porque experimentaron uno o más efectos físicos o psicosomáticos secundarios, o porque temían que comenzaran estas incomodidades. La queja más frecuente expresada por las entrevistadas en este aspecto es sencillamente: "Las píldoras me ponían nerviosa y tuve que dejarlas". Varias de las entrevistadas también se quejaban de náuseas, mareos, vómitos, dolores de cabeza, frigidez sexual, sangramiento menstrual irregular y otros males específicos o generalizados.

Parte de esta insatisfacción con las píldoras indudablemente se puede atribuir a los problemas médicos inherentes a la anticoncepción con progestágenos y estrógenos. Incluso bajo una administración clínica

cuidadosamente controlada de estas drogas, se observan invariablemente varios efectos secundarios negativos entre un porcentaje relativamente sustancial de las usuarias.^{46/} Pero en la presente muestra, la probabilidad de que tales molestias se manifiesten se ve realizada por el hecho de que las píldoras se toman por lo general con una ausencia total de supervisión médica. A su vez, tales prácticas han dado origen al rumor ampliamente difundido de que las píldoras pueden ser tan nocivas como efectivas.

La mayoría de las mujeres que han usado la píldora lo han hecho sobre la base de información de oídas proporcionada por amigas, vecinas o parientes. Esas mujeres compran, por lo tanto, la droga por su nombre, ignorando a menudo la dosis adecuada y las posibles contraindicaciones. Por otra parte, es evidente que muchas entrevistadas están previamente condicionadas a sufrir efectos secundarios, antes de iniciar el uso de los anticonceptivos orales. Han oído decir una y otra vez que las píldoras las van a poner nerviosas, que les van a producir náuseas, que tendrán mareos o que simplemente se sentirán mal. Hay varias mujeres que no han tomado la píldora: "no porque no me gustaría usar la píldora, sino porque todavía no me he atrevido", o, "se necesita harta voluntad". Esta susceptibilidad a las consecuencias perjudiciales de las píldoras la resume muy bien una planificadora no exitosa que dejó las píldoras después de probarlas durante un mes: "No me gustan las píldoras. No me siento bien con ellas. Sólo tragarias me enferma".

Por estar condicionadas previamente a experimentar malestares y por usar píldoras cuyo equilibrio estrogénico-esteroidal puede ser el menos apropiado en su caso particular, no resulta sorprendente, por lo tanto, que muchas mujeres, tengan de hecho, experiencias negativas con la píldora. Las mujeres más desesperadas a veces experimentan hasta con cuatro o cinco tipos diferentes de píldoras con la esperanza de que sus "organismos se adapten" a uno de ellos. Además, pudiera plantearse que, en vista de las incomodidades físicas de todas las clases imaginables que muchas de estas mujeres han sufrido a lo largo de sus vidas, sus organismos pueden de verdad tener un nivel más bajo de tolerancia para la píldora que lo que es común entre las mujeres de clase media. Por ejemplo, más del 30 por ciento de nuestras entrevistadas ha tenido un aborto o ha realizado un intento primitivo y sin éxito para provocarse un aborto; parecería, por la evidencia de este estudio, que estas mujeres

^{46/} Véase Anna L. Southam: "Contraceptive Methods: Use, Safety and Effectiveness" y Adaline P. Satterthwaite: "Oral Contraceptives", en *Family Planning and Population Programs*, *op. cit.*, págs. 375-386 y 411-424. Véase además Edward T. Tyler, "Clinical Use of Oral Contraception", en Sheps y Ridley (eds.), *Public Health and Population Change*, *op. cit.*, págs. 453-473.

pueden tener más dificultades para adaptarse a la píldora que otras mujeres que no han sufrido estas experiencias traumáticas.

En último término, a causa del precondicionamiento psicológico en contra de la píldora, puede plantearse la hipótesis de que muchos de los malestares que se le atribuyen, se derivan de hecho, de otros trastornos psicosomáticos. Por ejemplo, una mujer que abandonó el uso de la píldora por trastornos gastrointestinales averiguó después que lo que tenía eran amebas. Otra se quejaba de que su pulso "saltaba" cuando tomaba la píldora, pero más tarde descubrió que tenía una deficiencia cardíaca congénita; los problemas que otra tenía con la píldora se acabaron cuando siguió un tratamiento para una infección renal. La proporción real de tales casos no puede determinarse en el presente estudio, pero sería interesante continuar esta línea de investigación.

En último término, a causa del precondicionamiento psicológico en contra de la píldora, puede plantearse la hipótesis de que muchos de los malestares que se le atribuyen, se derivan de hecho, de otros trastornos gastrointestinales averiguó después que lo que tenía eran amebas. Otra se quejaba de que su pulso "saltaba" cuando tomaba la píldora, pero más tarde descubrió que tenía deficiencia cardíaca congénita; los problemas que otra tenía con la píldora se acabaron cuando siguió un tratamiento para una infección renal. La proporción real de tales casos no puede determinarse en el presente estudio, pero sería interesante continuar esta línea de investigación.

Continuando la lectura de los motivos del abandono de la píldora en el cuadro 24, encontramos que varias de las mujeres se cambiaron a otros métodos por temor a que el uso continuo y prolongado de la píldora pudiera causarles un daño más permanente o grave; a menudo estas mujeres quedaban embarazadas al atenerse a otros métodos. A la mayoría de las mujeres que han consultado a un médico antes de usar la píldora se les ha dicho que debían alternar el uso de la píldora con otro método para evitar posibles malos efectos. En la mayoría de los casos, el médico ha sido partidario de alternar la ducha o el *coitus interruptus* con la píldora cada seis meses o cada año. Doce mujeres quedaron embarazadas mientras se atenían a uno de estos métodos menos efectivos, y de este modo no volvieron a usar la píldora.

En el 13 por ciento de los casos, las mujeres se vieron impedidas de continuar usando la píldora por falta de medios. De hecho, los precios de los anticonceptivos cíclicos (estrógenos-progestágenos) varían enormemente y algunas de las marcas más conocidas son las más caras. Estos problemas económicos son expresados en forma elocuente por la siguiente cita: "Si ni siquiera tenemos plata para comida, menos tenemos

para evitar. Mire, con los 5, 6 ó 7 *contos* que gastaría en los remedios, me puedo comprar frejoles, harina y leche para los niños". Un gran atractivo de la clínica de planificación familiar es el hecho de que distribuye anticonceptivos orales en forma gratuita; la mayoría de las mujeres entrevistadas allí declaró que habían venido específicamente más bien "para buscar la píldora" que a buscar una asistencia especializada en planificación familiar.

Finalmente, 11 mujeres dieron diversas razones para abandonar la píldora; algunos esposos se oponían al hecho de que sus esposas usaran la píldora; otras uniones fueron casueltas y, por consiguiente, las entrevistadas no necesitaron más la píldora, y otras más se cambiaron a métodos menos objetables. Sólo el 8 por ciento de las mujeres que abandonaron la píldora lo hizo para tener un hijo deliberadamente planificado.

En general, entonces, la experiencia de las 125 mujeres que han usado la píldora y que posteriormente la abandonaron no ha estado particularmente libre de problemas. Las reacciones individuales de las 35 mujeres que usaban la píldora al ser entrevistadas no son más optimistas. Ocho de éstas dijeron que se sentían mal y que habían venido a hacerse un examen médico para ver si podían continuar con la píldora. Otras 18 querían una orientación médica más especializada sobre el uso de la píldora, y 2 entrevistadas decididamente querían cambiarse a otro método. Sólo 7 mujeres señalaron que se encontraban satisfechas con el anticonceptivo oral que estaban usando.

En resumen, aunque las progestinas orales son, lejos, la forma más conocida y más usada de anticoncepción entre las clases bajas, dejan muchísimo que desear en términos de las aspiraciones de esta población. Naturalmente, el análisis de las razones para el abandono puede haber disminuido la importancia de los aspectos positivos de la anticoncepción oral que se mencionaron anteriormente y que de hecho son reconocidos por las mujeres de clase baja. Con la posible excepción de los DIU, la píldora es sin duda la forma más conveniente de control de la natalidad existente en la actualidad, y las entrevistadas mencionaron invariablemente el hecho de que las píldoras son "más simples" y "más prácticas" como su principal motivo para haber elegido esta manera de abordar la anticoncepción.

Sin embargo, queda el hecho de que los anticonceptivos orales se hallan sujetos a varias críticas válidas y que sólo deben usarse bajo estricto control médico. Daño el hecho de que se usan sin una supervisión médica adecuada, a menudo ocasionan diversos males y por tanto dejan de ser atractivos o efectivos.

b) El aborto

La práctica de inducir el aborto para evitar los nacimientos indeseados es conocida por todas las entrevistadas en nuestra población y constituye uno de los dos métodos de mayor uso para el control de la natalidad en este grupo. Puede resultar fructífero examinar aquí en forma sistemática las motivaciones que llevan hacia el aborto y los medios empleados para lograr este objetivo.

En un comienzo, vale la pena recordar que el 22 por ciento de toda la muestra, se ha provocado por lo menos un aborto no terapéutico. Además, 67 mujeres (siendo que 25 de éstas ya tenían una historia de abortos anteriores) dijeron que su primera reacción frente a su embarazo más reciente fue hacerse un aborto; eventualmente la fuerza de las circunstancias las obligó a desistir de esta resolución. Treinta y cinco de estas 67 mujeres de hecho hicieron algo como tomar drogas e infusiones o colocarse inyecciones con la esperanza de provocarse un aborto, pero sin lograrlo. Las restantes no tuvieron los recursos financieros, el conocimiento o la resolución para intentar un aborto.

En todo caso, 76 mujeres admitieron haberse provocado 185 abortos, y a éstas se les preguntó la razón principal que las indujo al aborto en cada caso. El cuadro 25, en el que se codifican las principales razones declaradas para inducir el aborto, muestra el predominio de dos motivos principales: inestabilidad de las uniones conyugales y dificultades económicas. De los 185 abortos, el 32 por ciento fue realizado porque los padres pensaban que no podían mantener otro niño más. Los motivos aducidos con mayor frecuencia en este caso se relacionan con el desempleo del marido, con la obligación de la entrevistada de seguir trabajando a fin de mantener o ayudar a mantener su familia, a las condiciones de hacinamiento o, en general, a la incapacidad de los padres para proporcionar las necesidades básicas para otro niño más.

El 29 por ciento de los abortos correspondieron a madres solteras que no estaban viviendo con un compañero estable y que, por lo tanto, declararon que no estaban en condiciones de mantener a un hijo. La situación de estas mujeres se halla, pues, a medio camino entre el grupo que aborta impelido por razones económicas y el 7 por ciento que dio como razón principal el hecho de que no estaba casada al momento de la concepción y que quería evitar un escándalo en la familia. Otro 13 por ciento correspondió a uniones maritales inestables o de otro modo insatisfactorias; en estos casos, un marido malo o una separación inminente hacían que la entrevistada temiera que la dejaran sola con la responsabilidad de mantener a los hijos. En el 8 por ciento de los casos, el aborto se realizó porque los padres simplemente no querían más niños,

RAZÓN PRINCIPAL DE CADA ABORTO INDUCIDO

Razón	Nº de casos	Porcentaje
Mujer sola (sin marido o compañero para compartir la responsabilidad de criar al hijo)	53	28,7
Inestabilidad de la unión marital	24	13,0
Madre soltera (temor al escándalo familiar)	13	7,0
Dificultades económicas	59	31,9
No deseaba más hijos	14	7,6
Espaciamiento	9	4,9
Otras (incluyendo no respuesta)	13	7,0
<i>Total</i>	<i>185</i>	<i>100,00</i>

y otro 6 por ciento fue realizado por motivos de espaciamiento.

En resumen, observamos una proporción abrumadora de problemas económicos y conyugales en la raíz de los 185 abortos declarados en la encuesta. Volviremos a este tema en un capítulo posterior, al discutir el contexto marital del control de la fecundidad.

Examinando ahora la manera en que fueron practicados estos abortos, encontramos en el cuadro 26 que el 43 por ciento de éstos fue provocado por alguien a quien las entrevistadas llamaron "doctor"^{47/} El 28 por ciento fue inducido por una partera, el 20 por ciento fue autoinducido y el 7 por ciento fue realizado por una enfermera o farmacéutico. Entre los métodos conocidos, el más común es el de las "inyecciones"; éstas se refieren a veces a inyecciones intramusculares, pero principalmente a inyecciones intrauterinas. En la mayoría de los casos, se inyectan soluciones que contienen formal-dehído, soda cáustica, detergentes, yodo u otros ingredientes, directamente en el saco amniótico, provocando de este modo la muerte y la eventual expulsión del feto. En orden de importancia entre las técnicas conocidas, las inyecciones son seguidas por las sondas (por lo general un tubo de goma que perfora el saco amniótico y que se deja en posición como irritante hasta la expulsión del feto) y mediante la dilatación y el raspaje quirúrgico. Luego tenemos combinaciones de inyecciones, infusiones y a veces sondas que se usan en conjunto. Por último, en nueve casos, las mujeres declararon haberse

^{47/} Evidentemente, no estamos en condiciones de diferenciar entre médicos titulados y los charlatanes que se aprovechan de la condición ilegal del aborto.

provocado un aborto a través del uso de mezclas caseras que bebieron; estas pociones, por lo general, se componen de hierbas y otras sustancias dudosas y se toman con licor o con té hirviendo, a veces con un complemento de una sobredosis de tabletas de quinina, aspirinas u otros analgésicos.^{48/}

Para recapitular, las 76 mujeres se provocaron un total de 185 abortos y si los intentos confesados por otras hubieran tenido éxito, este total habría alcanzado por lo menos a 220. (En comparación el número total de abortos espontáneos y de mortinatos alcanza a 164).

Puesto que las 338 mujeres de la encuesta han experimentado un total de 785 nacidos vivos (excluyendo el embarazo presente para las pacientes de las maternidades), podemos concluir que en el hecho fue abortado un feto por cada 4,2 nacidos vivos. La mayoría de los abortos fueron el resultado de problemas conyugales o económicos, y la mayoría fueron realizados por "doctores" o parteras. Aunque es prácticamente imposible medir las consecuencias del aborto en la fecundidad de la clase baja, es seguro que es significativa, tanto porque impide que los embarazos lleguen a término como porque reduce la fertilidad posterior por lesiones internas. En el último análisis las consecuencias

Cuadro 26

AGENTE Y METODO DE ABORTO INDUCIDO

Método	Agente						Total
	"Doctor"	Partera	"Yo misma"	Farmacéutico	Enfermera	Sin respuesta	
Inyecciones	13	13	5	5	5	—	41
Sondas	1	16	5	—	3	—	25
Dilatación y raspaje	11	—	—	—	—	—	11
Mezcolanzas	—	—	9	—	—	—	9
Inyecciones y mezcolanzas caseras	—	1	16	—	—	—	17
Sin información	55	21	2	—	—	4	82
<i>Total</i>	<i>80</i>	<i>51</i>	<i>37</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>185</i>

^{48/} La opinión médica es que la mayoría de estos medicamentos son de un valor abortivo dudoso cuando se toman por vía oral. Sin embargo, las reacciones violentas producidas por una sobredosis de tales tóxicos pueden bastar para producir un aborto. *Intidentalmente, resulta interesante que la mayoría de las mujeres que realizaron una tentativa sin éxito de producirse un aborto se basaron en estas mezclas caseras.*

más serias del aborto derivan de los males físicos y psicológicos ocasionados por esta práctica.

c) La ducha vaginal

Con anterioridad al advenimiento de las prácticas anticonceptivas modernas, la ducha vaginal constituía una de las maneras más populares de abordar el control de la fecundidad. Su popularidad, no obstante, surgía más bien del hecho de que se practica con facilidad y que a la vez es barata y contribuye a la higiene femenina, que de su efectividad clínica inherente. En realidad, la ducha, cuya primera finalidad es quitar el semen de la vagina antes de que los espermios puedan llegar al sistema genital superior, tiene antecedentes más bien pobres en cuanto a su efectividad anticonceptiva. Sin embargo, en la presente muestra, es el método usado con mayor frecuencia después de la píldora y el aborto.

Entre cincuenta casos de uso, sólo el 30 por ciento siguió durante más de seis meses y sólo en el 10 por ciento de los casos la ducha fue usada por más de dos años sucesivos. Como puede deducirse del cuadro 27, el 66 por ciento de las mujeres que han probado la ducha incurrió en un embarazo no planificado mientras usaba esta técnica, la mayoría de ellas dentro de los dos o tres meses de uso. Sólo 5 mujeres han podido planificar sus embarazos mediante el uso de la ducha y sólo dos de éstas usaron la ducha en forma efectiva durante dos años antes de dejarla voluntariamente.

Parte de la popularidad de la ducha surge del hecho de que a menudo es recomendada por los médicos como una medida de sustitución provisional para ser alternada con la píldora a intervalos regulares, a fin

Cuadro 27

USO DE LA DUCHA VAGINAL, POR DURACION DE USO Y RAZON DE ABANDONO

Razón de abandono (si es pertinente)	0 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 año a 2 años	2 años o más	Total
Embarazo no planificado	26	3	3	1	33
Cambió a otro método	4	—	1	1	6
Embarazo deseado	1	1	1	2	5
Razones de salud	2	—	—	—	2
En uso actualmente	2	1	—	1	4
<i>Total</i>	35	5	5	5	50

de disminuir el riesgo de los efectos secundarios de la píldora. Así, por ejemplo, se recomienda que la píldora se tome durante seis meses consecutivos, luego se emplee la ducha vaginal por un mes antes de reanudar el uso de la píldora. No menos de 9 mujeres que estaban usando la píldora con éxito tuvieron un embarazo no planificado durante el mes de uso de la ducha vaginal.

La mayoría de las mujeres que han usado la ducha vaginal han empleado agua pura o soluciones de agua con vinagre. Ocasionalmente, sin embargo, intentan medidas más energéticas; varias se han duchado con infusiones calientes, soluciones de permanganato, té con aspirinas disueltas y otros remedios caseros. Una mujer tenía confianza ciega en una solución para ducha que contenía la esencia de doce hierbas, confeccionada por un farmacéutico local. Otra hizo la prueba de disolver anticonceptivos orales en infusiones calientes y de ducharse con esta mezcla. Con no poca frecuencia, la inflamación vaginal causada por estas soluciones hace que el uso de la ducha sea esporádica, dando origen a un embarazo.

Aunque la ducha fue calificada como uno de los métodos más baratos y más fáciles de usar, incluso el uso efectivo de esta técnica está condicionado por el nivel de vida de la mujer. Por ejemplo, tres entrevistadas tuvieron un embarazo mientras usaban la ducha vaginal porque su casa carecía de baño en el cual pudieran realizar sus abluciones en forma conveniente. Otras dos mujeres tuvieron una suerte semejante porque vivían en una casa con demasiada gente y con un solo baño para las doce o catorce personas que vivían allí. Otra mujer compró una jeringa y se duchó en forma efectiva durante tres meses. Desgraciadamente para ella, la jeringa se pudrió y, no pudiendo comprar otra, quedó embarazada al mes siguiente mientras se atenía a la ingestión oral de infusiones y aspirinas.

Por lo común, sin embargo, los embarazos accidentales que ocurren durante el uso de la ducha vaginal son atribuibles a los defectos inherentes al método mismo; además, reconociendo la ineffectividad del método, muchas mujeres tienden a usar la ducha sólo en forma esporádica o no cuidadosa. Como dijo una mujer que usó la píldora por tres meses y que luego se cambió a la ducha vaginal cuando se le acabó el medicamento: "La usé sólo de vez en cuando durante un par de meses; de todos modos no creía en ella, así es que pensé: ¿para qué molestarse?" Quedó embarazada al segundo mes de uso.

d) Anticonceptivos químicos

Al igual que la píldora, los anticonceptivos químicos (jaleas, pomadas, supositorios vaginales, tabletas efervescentes) sólo se han difundido en

el pasado relativamente reciente. El hecho de que estos métodos químicos son conocidos por más de la mitad de las mujeres de clase baja y que se hallan en el cuarto lugar en cuanto a popularidad de uso serviría como testimonio de su atractiva y rápida difusión.

La función de los métodos químicos consiste en obstruir el cuello cervical al mismo tiempo que crea un medio adverso a la supervivencia de los espermios. Clínicamente, estos diversos métodos, en particular los comprimidos efervescentes, las jaleas y las pomadas, proporcionan un alto grado de control de la fecundidad al ser usados en forma adecuada. Por otra parte, se requiere por lo menos un conocimiento mínimo de la acción espermicida de estos métodos para su uso efectivo; además, los métodos químicos a veces producen fuertes reacciones negativas por parte de las usuarias, porque exigen la manipulación de los genitales, porque invariablemente son "sucios" y porque a veces provocan irritación vaginal.

En la práctica, la efectividad de estos métodos varía grandemente; varias entrevistadas habían logrado un éxito considerable en la planificación de la familia mediante el uso de estas preparaciones químicas, mientras que un número considerable incurrió en un embarazo no planificado en los primeros meses de uso. El cuadro 28 revela que cerca del 20 por ciento de las mujeres que usaron estos métodos han podido evitar la concepción durante más de dos años consecutivos con estos métodos; la mitad de éstas interrumpieron la anticoncepción sólo cuando desearon otro hijo. En el extremo opuesto, encontramos que el 36 por ciento incurrió en un embarazo no planificado dentro de menos de seis meses de uso y el 54 por ciento dentro de los dos años de iniciada la anticoncepción espermicida.

Cuadro 28

USO DE LA ANTICONCEPCION QUIMICA, POR DURACION DE USO Y RAZON DE ABANDONO

Razón de abandono	0 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 año a 2 años	2 años o más	Total
Embarazo no planificado	15	4	3	4	26
Razones de salud	3	—	—	—	3
Cambió a otro método	2	3	—	—	5
Embarazo deseado	—	—	—	4	4
Otros	2	—	1	—	3
<i>Total</i>	22	7	4	8	41

En general, la efectividad diferencial del uso nuevamente parecería atribuible a errores de las usuarias. En la mayoría de los casos, se encontró que las mujeres que incurrieron en un embarazo no planificado después de iniciar el uso de la anticoncepción química habían hecho un uso incorrecto de estos métodos. Algunas de estas entrevistadas se olvidaban ocasionalmente de usarlos, otras se quejaron de que los comprimidos eran muy duros o que las jaleas y cremas provocaban irritación vaginal y por eso sólo hacían uso esporádico de los productos; dos mujeres usaban las jaleas o comprimidos sólo después de las relaciones sexuales. Entre las mujeres que dejaron de usar los comprimidos por motivos que no fueran embarazo, cuatro se quejaron de inflamación vaginal; tres, de que los espermicidas eran "sucios" o "asquerosos"; tres, de que se ponían nerviosas o perdían peso, y una, interrumpió el uso porque simplemente dudaba de la eficacia de las pomadas.^{49/}

En general, entonces los espermicidas muestran un alto grado de efectividad al ser usados en forma adecuada, pero varios aspectos desagradables relacionados con su uso sirven para reducir su eficacia práctica.

e) Métodos masculinos: los preservativos y el coitus interruptus

Los métodos masculinos de anticoncepción que están destinados a impedir que los espermatozoides sean depositados en el sistema genital femenino exigen que el varón tome la iniciativa y responsabilidad en relación a la anticoncepción.^{50/} Estos métodos tienen la ventaja de que son comprendidos con relativa facilidad, puesto que impiden visiblemente el encuentro de los espermios y el óvulo; la mayoría de las personas comprenden por lo menos vagamente que de algún modo la concepción es el resultado de la implantación de la semilla masculina y por lo tanto el funcionamiento práctico del preservativo y del coitus interruptus se comprenden más fácilmente que, por ejemplo, los anticonceptivos orales o químicos.

En el aspecto negativo, estos métodos exigen una motivación considerable, previsión y autocontrol, por parte del varón; además, en mayor o menor grado, encuentran una seria oposición en la forma de normas

^{49/} El cambio de un anticonceptivo químico a otro no fue clasificado como interrupción del uso. Varias mujeres, de hecho, usaron más de una forma de los espermicidas a lo largo de un período.

^{50/} El lector, por lo tanto, debe estar alerta a las incongruencias fundamentales aunque inevitables que resultan de la investigación de los métodos masculinos en un estudio que esencialmente se ocupa de las prácticas femeninas de formación y planificación familiares.

culturales ampliamente difundidas que definen a estos métodos como "antinaturales", "peligrosos" o "malsanos".

En esta muestra, los preservativos son conocidos por un 80 por ciento y el *coitus interruptus* por un 60 por ciento de la presente población; a la inversa, la mayoría de las mujeres que han oído hablar del *coitus interruptus* automáticamente comprenden la forma de actuar de este método. Además, este último método ha sido usado en 40 casos en comparación con sólo 24 casos de uso de los preservativos.

De todos los métodos anticonceptivos disponibles, los preservativos masculinos tienen lejos los peores antecedentes en la presente muestra. Ni uno solo de los varones usó el preservativo durante seis meses seguidos y la duración media de uso fue establecida en aproximadamente diez semanas en los veinticuatro casos en que se había usado preservativos. Parte del problema de los preservativos es que se vinculan inevitablemente, en la mente de los hombres de clase baja,^{51/} con las relaciones ilícitas o con la prostitución, desde este punto de vista, no es enteramente una coincidencia el que 12 de los 24 casos en que se usaron preservativos hayan sido relaciones sexuales sumamente inestables.

Refuerza esta resistencia frente a los preservativos la frecuente queja expresada de que interfieren en el placer sexual, que causan lesiones en los genitales, o que son un modo repulsivo de evitar la concepción. Otros se quejan de que los preservativos se rompen con facilidad (o que podrían romperse) o que se deslizan durante las relaciones sexuales. Como se ve en el cuadro 29, el varón se oponía con mayor frecuencia al uso de los preservativos, pero cuatro mujeres también se oponían a continuar usando esta técnica. En cinco casos, la pareja se cambió a un método menos ofensivo (generalmente en respuesta a las protestas del varón), pero en otros, la pareja simplemente abandonó la anticoncepción incurriendo, en ocasiones, en un embarazo no planificado. Otras cinco mujeres se embarazaron mientras sus compañeros supuestamente usaban preservativos.

En ciertos sentidos, el *coitus interruptus* puede ser aún menos aceptable como técnica anticonceptiva que los preservativos. Las desventajas de la práctica de este método se hallan bien descritos por la doctora Mary Calderone: "El *coitus interruptus* permite la penetración y los juegos preliminares, pero exige que el marido esté tan consciente de sus acciones y ejerza un control tan completo de ellas que sea capaz

^{51/} Esta misma actitud prevalece también en los Estados Unidos y en Puerto Rico (véase Rainwater, *And the Poor Get Children*, op. cit., pág. 153. Stycos, *Familia y Fecundidad en Puerto Rico* op. cit., pág. 195.

de retirar el pene inmediatamente antes de la eyaculación, de modo que el semen sea depositado fuera del conducto genital. Esto ciertamente priva a ambos participantes de la única sensación comúnmente aceptada como la parte esencial y más satisfactoria del acto sexual. La tensión de parte de la mujer respecto a si su esposo logrará o no retirarse a tiempo obra claramente en contra de su propio libre goce y participación en el acto”^{52/}

Considerado frente a tales desventajas, las únicas ventajas del *coitus interruptus* -de que no tiene costo y no requiere de una preparación o materiales especiales- pueden verse prácticamente anuladas. Es por lo tanto algo sorprendente ver en el cuadro 30 que no sólo se usa el *coitus interruptus* con una frecuencia igual a la de todos los métodos químicos en conjunto, sino que ha sido practicado con relativa efectividad en una proporción considerable de casos.^{53/} Una cuarta parte de las tentativas de planificación familiar a través del *coitus interruptus* ha tenido éxito en evitar la concepción durante más de dos años; la duración media de la anticoncepción en estos diez casos es algo menos

Cuadro 29

RAZON PARA DISCONTINUAR EL USO DE LOS PRESERVATIVOS

Razón de la discontinuación	Nº de casos
1. Embarazo no planificado	5
2. Cambió a otro método	5
3. Compañero objetó uso	8
4. Compañera objetó uso	1
5. Ambos compañeros objetaron uso	3
6. En uso actualmente	2
<i>Total</i>	<i>24</i>

^{52/} En Rainwater, *And the Poor Get Children*, op. cit., pág. 181.

^{53/} Estos hechos se tornan algo menos sorprendentes cuando uno se hace cargo de que, a través de los siglos, el *coitus interruptus* probablemente ha sido responsable de una mayor limitación de la familia que cualquier otro método. Hay evidencia temprana de su uso en Africa, entre los isleños de los Mares del Sur, en Rusia y en el mundo islámico. Desde el siglo XV para adelante, es el método registrado con mayor frecuencia en Europa y Rusia. A pesar de sus desventajas y eficacia parcial, el *coitus interruptus* se reconoce como el responsable de la declinación inicial de las tasas de fecundidad de varios países europeos, en particular las de Francia entre los siglos XVII y XIX. (Véase Draper, op. cit., págs. 70-77. Norman Himes, *Medical History of Contraception*, Baltimore, 1936, págs. 183-184).

USO DEL COITUS INTERRUPTUS, POR DURACION DE USO Y RAZON DE ABANDONO.

Razón de abandono	0 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 año a 2 años	2 años o más	Total
Embarazo no planificado	6	2	2	4	14
Cambió a otro método	9	—	2	1	12
Compañero objetó uso	5	—	—	—	5
Ambos compañeros objetaron uso	3	—	—	1	4
Embarazo planificado	—	—	—	2	2
En uso actualmente	1	—	—	2	3
<i>Total</i>	<i>24</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>10</i>	<i>40</i>

de cuatro años. Además, sólo el 15 por ciento de los intentos de *coitus interruptus* desembocaron en un embarazo no planificado antes de los seis meses de uso de este método.

Esto naturalmente no indica que el *coitus interruptus* constituye un tipo de anticonceptivo ideal ni que la técnica sea fácilmente aceptada por sus usuarios. En verdad, en 21 casos, las parejas no siguieron usando el *coitus interruptus* porque "a él no le agradaba" o "a él le dolía la espalda" o "a él le atacaba los nervios" o "pensamos que de todos modos estaba mal". El sentimiento en contra del *coitus interruptus* es profundo en algunos sectores; por ejemplo, es interesante observar que varias mujeres dijeron haber tenido la idea de convencer a sus maridos de que usaran el *coitus interruptus*, pero se desistieron cuando oyeron que tal práctica conducía a un debilitamiento del varón y a una eventual tuberculosis.

Para ser practicado en forma efectiva, el *coitus interruptus* exige una enorme motivación y autocontrol de parte del varón; por consiguiente, la práctica exitosa del *coitus interruptus* por lo general se vincula con la estabilidad de la unión marital. En el otro extremo también encontramos hombres que, al participar en relaciones sexuales casuales, evitan la paternidad a través del *coitus interruptus*.

En suma, los preservativos, que por lo general cuentan con aceptación en los países desarrollados, donde son ampliamente usados, se topan con diversas barreras culturales entre la población actual y, por lo tanto, constituyen el método anticonceptivo menos efectivo en este grupo. El *coitus interruptus*, que aparentemente exigiría tanto o más control y abnegación, es sin embargo practicado más ampliamente y usado en forma más efectiva.

f) *La abstinencia periódica*

Este método de anticoncepción sin dispositivos de ninguna clase concita especial atención en el presente estudio, porque es el único método oficialmente aceptado por la Iglesia Católica. El 53 por ciento de las mujeres en esta muestra había escuchado que la posibilidad de fecundación variaba según las etapas del ciclo menstrual; cuando se les pidió, no obstante, que discriminaran entre los días "peligrosos" y "libres" en este ciclo, sólo 21 mujeres, o sea el 6 por ciento de toda la muestra, sabía que una mujer tiene la mayor probabilidad de quedar embarazada en el período medio del ciclo. Esto quiere decir que una abrumadora mayoría de las entrevistadas o no tenía un conocimiento práctico de los ciclos de fecundación o de lo contrario creía que la concepción tenía la mayor probabilidad de ocurrir al comienzo o al final del ciclo.

En verdad, entre las creencias populares, al parecer se halla muy difundida una idea respecto a la probabilidad de concepción. No menos de 45 mujeres declararon que sabían cuando podía ocurrir la concepción: ¡entre tres días antes y tres días después de la menstruación!

Si fuese mejor comprendido y no exigiese un período tan prolongado de abstinencia de la actividad sexual, el método de la abstinencia periódica podría tener una característica de inmenso atractivo: el hecho de que el individuo está liberado de medidas anticonceptivas relacionadas con el coito. Sin embargo, la incertidumbre del ciclo menstrual hace que sea un método extremadamente exigente y a menudo inefectivo, en particular frente a ciclos menstruales irregulares.

En la muestra actual, de las 21 mujeres que sabían que la fecundación ocurre hacia el medio del ciclo menstrual, 8 habían intentado aplicar en la práctica este conocimiento de la planificación familiar. Por lo común, estas 8 entrevistadas han logrado evitar la concepción durante aproximadamente un año y medio de uso del método. Dos mujeres se cambiaron a otros métodos más confiables después de seis meses de uso. Una utilizó el método de la abstinencia periódica en forma efectiva durante tres años antes de decidirse a tener otro hijo. Las 5 mujeres restantes practicaron la abstinencia periódica en forma efectiva entre uno y dos años antes de incurrir en un embarazo no planificado; la tendencia en todos estos casos fue de evitar en lo posible las relaciones sexuales durante los días peligrosos en los primeros meses y a relajar la vigilancia en los meses subsiguientes. Resulta de interés que 3 de estas mujeres se basaron en "el libro" para calcular sus períodos seguros, mientras que la otra confiaba en métodos empíricos, tales como "diez días antes y diez días después, se puede". Una mujer que seguía el libro de su cuñada, repentinamente se vio obligada a cambiarse

a otro método al producirse una pelea familiar de larga duración.

Además de las 8 mujeres que tenían una noción bastante precisa de los ciclos de ovulación y de los períodos peligrosos, otras 6 mujeres intentaron usar este método sin contar con un conocimiento adecuado. Dos de estas mujeres se cambiaron a otros métodos al poco tiempo, mientras que otras pensaron que el período sin peligro se producía en la mitad del mes y por consiguiente practicaban el método de la abstinencia periódica como si estuviesen empeñadas en quedar embarazadas; las consecuencias eran previsibles. Una mujer reconoció que “tratamos de hacerlo en los días sin peligro, pero nunca estamos de verdad seguros de cuáles son los días peligrosos”; por consiguiente, incurrió en dos embarazos no planificados mientras usaba el método.

Para finalizar la discusión de la abstinencia periódica, quizás sea útil señalar en el cuadro 31 que no se encontraron diferencias significativas entre las católicas practicantes, católicas irregulares, católicas nominales y otras en cuanto al conocimiento del método de la abstinencia periódica o en cuanto al uso de la abstinencia periódica.

g) Remedios populares

Se mencionó anteriormente que cuando se les preguntó acerca de los métodos anticonceptivos conocidos, unas 88 mujeres mencionaron que habían oído decir que las aspirinas y otros analgésicos podían ser introducidos en la vagina para impedir la concepción. Por lo general

Cuadro 31

CONOCIMIENTO Y USO DE LA ABSTINENCIA PERIODICA, POR AFILIACION Y PRACTICA RELIGIOSA

(En porcentajes)

Religión	Conoce el método de la abstinencia periódica y lo ha usado eficazmente por 6 meses o más	Conoce el método pero no lo ha usado nunca	Intentó método a pesar de información errónea	Información vaga o errónea acerca de método, no ha intentado usarlo	Nunca oyó acerca del método	Total
Católicas practicantes	2,1	2,1	—	46,8	49,0	100,0
Católicas de práctica irregular	0,9	3,6	3,6	50,0	41,9	100,0
Católicas nominales	3,0	3,9	1,0	48,0	43,2	100,0
Otras	2,5	5,1	1,3	46,8	44,3	100,0
Total	2,4	3,8	1,8	48,2	43,8	100,0

sostenían que la colocación de tales analgésicos dentro de la vagina antes de las relaciones sexuales aseguraba la prevención del embarazo. Otras 88 mujeres habían oído decir que tomarse uno o más analgésicos con infusiones (o café) calientes especialmente preparadas cumplía la misma función.^{54/}

Los expertos médicos consultados en relación con el actual estudio están de acuerdo en que tales prácticas no tienen una influencia sistemática en la fecundidad, aunque algunas hierbas nativas e infusiones se sabe que contienen compuestos químicos similares a los que componen las progesteronas orales.^{55/} De cualquier modo, en la práctica sólo 9 mujeres han intentado usar infusiones y analgésicos de la manera descrita más arriba.

Al examinar la conducta anticonceptiva de estas 9 mujeres se hace evidente que aunque sostienen la eficacia de las infusiones y de los analgésicos, la mayoría no tiene en realidad mucha fe en tales medidas y por lo tanto usaban éstas en forma esporádica o en combinación con otros métodos. Por ejemplo, una mujer sostenía que ella usaba té negro como anticonceptivo: "Conozco una enfermera que dijo que había participado en conferencias médicas donde dijeron que el té negro tiene propiedades que evitan el embarazo". A pesar de esta declaración, su marido usaba el *coitus interruptus* como complemento del té. Otra hizo uso vaginal de aspirinas durante cinco meses y afirmaba que sólo las dejó de lado para tener un bebé. Pero, después de este nacimiento, probó otra vez el método e incurrió en un embarazo no planificado en el segundo mes de uso; ella usa ahora progestágenos orales. Todas las demás sólo hicieron uso esporádico de estos remedios populares.

Aparte de las mujeres que recurrieron a la fórmula de las infusiones o de los analgésicos, o a ambas, 5 entrevistadas también usaban remedios populares varios; éstos incluyen tabletas vaginales de fabricación casera, mantequilla de cacao, tampones de algodón y otros. Ninguno de éstos tuvo ningún efecto visible sobre la historia reproductiva de estas mujeres.

h) Dispositivos intrauterinos

La técnica anticonceptiva moderna que quizás requiere la menor motivación y ciertamente el menor conocimiento y habilidad es el dispositivo intrauterino. Siempre que no se registren efectos secundarios

^{54/} Incidentalmente, un número casi igual informó que había oído del uso de infusiones y de analgésicos para propósitos abortivos o "para hacer bajar la regla" cuando se retrasa.

^{55/} Véase, por ejemplo, Octavio Rodrigues Lima, "O Controle de Natalidade e no Brasil", *Revista Vozes*, 61 (11): 989-991, 1967.

nocivos, el DIU exige sólo una motivación inicial y garantiza una protección anticonceptiva casi perfecta. No obstante, la documentación de varias perturbaciones a corto plazo ocasionadas por la introducción de un cuerpo extraño en el útero, agregada al temor de que la inserción de este dispositivo pueda provocar lesiones más duraderas o graves, han ocasionado, en diversas oportunidades, apasionadas controversias públicas en Brasil.^{56/}

Como fue el caso de la conciencia respecto al debate que rodeó a *Humanae Vitae* y a las enseñanzas de la Iglesia sobre planificación familiar, poco de la controversia pública sobre el DIU se ha filtrado hasta las clases más bajas. Sólo el 28 por ciento de todas las entrevistadas de la presente muestra había oído alguna vez del DIU o de uno de sus eufemismos. Cerca del 60 por ciento de éstas eran mujeres que habían oído explicaciones detalladas del DIU y de su funcionamiento en la clínica de planificación familiar; por consiguiente, sólo el 12 por ciento de las pacientes de las clínicas prenatales (quienes, en materia de conocimiento anticonceptivo, tienen mayor probabilidad de que sean representativas de la población de clase baja en general) había oído hablar alguna vez del DIU y menos de un tercio de éstas tenía alguna noción de lo que involucra.

Con respecto al uso del DIU, sólo una mujer entre las 258 pacientes de las clínicas prenatales había tenido alguna experiencia personal. A ella le habían colocado uno en una clínica del noroeste antes de su migración, pero ella sostiene que el doctor le había advertido que el dispositivo no se iba a mantener en su lugar hasta después que hubiese nacido su cuarto hijo; de todos modos, el dispositivo fue expulsado después de sólo once días y ella nunca más se ocupó de que lo reemplazaran por otro. En la clínica de planificación familiar, 7 mujeres habían tenido una breve experiencia con el DIU, y varias más estaban esperando que se lo colocaran. Una de las primeras usó el dispositivo durante un año entero antes de que éste fuera expulsado y se negó a que se lo volvieran a colocar, prefiriendo en lugar de él la píldora; a las 6 mujeres restantes les habían colocado el DIU aproximadamente unas semanas antes de la entrevista y habían venido a la clínica para una revisión de rutina. Todas estas mujeres habían experimentado con otros métodos anticonceptivos, incluyendo la píldora; aunque no habían tenido gran éxito anteriormente en la planificación familiar, ahora se mostraban confiadas en cuanto a sus posibilidades futuras con el DIU.

^{56/} Las llamas de este debate evidentemente se han visto avivadas por las acusaciones reiteradas y a veces corroboradas de intervención extranjera en esta materia.

i) Inyecciones

Las tentativas anticonceptivas a través de inyecciones intramusculares de supresores de la ovulación de efecto duradero se hallan todavía en la etapa experimental y, aunque algunas de las mujeres conocían este método de oídas, ninguna había intentado jamás usarlo. Por otra parte, las inyecciones intrauterinas (ya sea abortivas o anticonceptivas) son conocidas por la mayoría de las entrevistadas. Un 70 por ciento de las mujeres había oído decir que las inyecciones intrauterinas podían usarse para evitar el embarazo, y más de la mitad tenía algún conocimiento práctico de los procedimientos involucrados.

Se señaló anteriormente que las inyecciones intrauterinas son el método más extendido de inducir el aborto en el presente grupo. Cuando se utiliza con fines anticonceptivos, las inyecciones intrauterinas nuevamente involucran la introducción de soluciones astringentes en la cavidad uterina; éstas tienen un efecto corrosivo sobre las paredes del útero, con lo cual impiden la nidación durante uno o varios meses. La crudeza y el peligro de este método son evidentes y no obstante un número sorprendentemente grande de mujeres aspira a hacer uso de él. La popularidad de las inyecciones anticonceptivas surge probablemente del hecho de que prometen una esterilidad permanente y no obstante son infinitamente más baratas que la esterilización quirúrgica.

Sea como fuere, esas mujeres, por lo general sostienen que un número determinado de estas inyecciones mensuales (que varía según las entrevistadas entre 7 y 50) se requería para la esterilidad permanente. Aunque varias mujeres declararon que tenían intención de usar inyecciones intrauterinas en el futuro, sólo 7 habían tenido de hecho una experiencia con este método.^{57/} Todas se vieron obligadas a abandonar las inyecciones a causa de los dolores, inflamación, intumescencia, cólicos o sangramiento menstrual irregular. Sólo una se sometió a las inyecciones por más de cinco meses sucesivos.

j) El diafragma

Por lo general, el diafragma es considerado como uno de los métodos anticonceptivos modernos más efectivos, en particular cuando se lo usa junto con las jaleas o pomadas espermicidas. Aunque unas 67 mujeres en esta muestra dicen haber oído del diafragma, sólo 8 tenían alguna

^{57/} La proporción de todas las mujeres de clase baja que han recurrido a este método, no obstante, puede ser considerablemente mayor, ya que, según la dosis y el tipo de solución utilizados, la esterilización permanente puede ser el resultado de una sola de estas inyecciones. Evidentemente, si una mujer hubiese sido esterilizada de esta manera, es poco probable que hubiese sido incluida en nuestra muestra.

noción práctica de su funcionamiento y ninguna de ellas lo había usado. El diafragma es, por lo tanto, primariamente un método de las clases medias y superiores; requiere un conocimiento bastante sofisticado de anatomía a fin de comprender su forma de operar.^{58/} Aún más importante es el hecho de que exige una asistencia médica especializada para colocarlo e instruir a la mujer sobre su uso correcto. En una subcultura que confía principalmente en la transmisión oral de la información anticonceptiva por parte de las amigas y parientes, la complejidad del diafragma lo ha convertido en un método impracticable.

k) La esterilización

Las operaciones esterilizantes son conocidas por un 80 por ciento de las mujeres de la muestra y la mitad de éstas tiene una noción aproximada de lo que involucran ("ligar las trompas" o "desligar las trompas"). Evidentemente, ninguna de las mujeres entrevistadas en esta muestra había sufrido la esterilización, pero un número considerable de las pacientes de las clínicas prenatales consideraban la esterilización como su última esperanza en materia de planificación familiar.

Aunque no se hizo ninguna mención explícita o implícita a la esterilización en el formulario de la entrevista, excepto en relación con conocimiento de los métodos de control de la natalidad, 57 de las 258 pacientes de la clínica prenatal afirmaron que tenían la esperanza de ser esterilizadas si es que llegaban a tener con qué pagar la operación. Sin embargo, hasta donde se puede terminar, la esterilización sólo es realizada en casos excepcionales en las instituciones que proporcionan asistencia médica a la clase baja. Por otra parte, el costo de una operación de esterilización en los hospitales privados es prohibitivo para las mujeres de clase baja. Por consiguiente, varias mujeres aspiran a tener un parto por cesárea en la esperanza de que el médico que las atiende se vea obligado a realizar una ligazón de trompas gratuita por motivos puramente médicos.

5. Efectividad de las técnicas de control de la natalidad.

Visión general

La medición de la efectividad relativa de los métodos de control de la natalidad está plagada de problemas técnicos considerables.^{59/} Tradi-

^{58/} Los datos de la encuesta de CELADE en Río de Janeiro muestran que el diafragma había sido usado por el 7,1 por ciento de la clase alta, el 3,3 por ciento de la clase media y el 0,8 por ciento de la clase baja. Véase Iutaka, *op. cit.*, pág. 117.

^{59/} Véanse, por ejemplo, puntos de vista divergentes expresados sobre la medición de la efectividad de los anticonceptivos en: "Report on the Panel Discussion", en Sheps y Ridley (eds.), *Public Health and Population Change*, *op. cit.*, págs. 486-498.

cionalmente, la efectividad anticonceptiva ha sido medida en términos del número de los embarazos no deseados que ocurren en poblaciones similares que utilizan métodos diferentes a lo largo de un período determinado. Tales mediciones, no obstante, sólo son válidas como índices de la efectividad clínica, es decir, la efectividad de diversos métodos cuando son usados de acuerdo a las instrucciones.

Para los propósitos de la presente encuesta, se encontró que resulta más provechoso discutir la efectividad en términos de la buena disposición y capacidad de las entrevistadas para adoptar y persistir en el uso de métodos determinados; por ello, se supuso que el abandonar el uso de una técnica anticonceptiva porque resulta objetable para uno o ambos integrantes de la pareja o porque es considerada como lesiva para la salud de la usuaria, es una razón tan significativa como poner término al uso a causa de un embarazo no planificado. En vista de esto, el uso a conciencia y cuidadoso de un método clínicamente menos efectivo puede proporcionar una protección más completa respecto al control de la natalidad que el uso casual o erróneo de una técnica efectiva.

Para resumir la información presentada en las páginas anteriores sobre la efectividad práctica de las diversas técnicas, se pueden presentar varias mediciones abreviadas. Una primera norma de efectividad práctica pudiera ser el grado en que de hecho la técnica es conocida y usada. Las columnas 1 y 2 del cuadro 32 reiteran lo que se ha demostrado previa-

Cuadro 32

EFFECTIVIDAD PRACTICA DE LAS PRINCIPALES TECNICAS DE CONTROL DE LA NATALIDAD

Método	Total de casos de uso	Total de casos de uso interrumpido	Total meses de uso en casos de uso interrumpido	Duración media en casos en que de uso interrumpido (en meses)	Duración media en casos en que uso fue interrumpido por motivos involuntarios (en meses)
Aborto	185	-	-	-	-
Anticonceptivos orales	160	125	1 661	13,3	12,9
Duchas vaginales	50	46	345	7,5	6,5
Anticonceptivos químicos	41	41	489	11,9	10,0
<i>Coitus interruptus</i>	40	37	447	12,1	10,1
Preservativos	24	22	55	2,5	2,5
Total	500	271	2 997	11,1	10,3

mente, vale decir, que en esta división los progestágenos orales y el aborto llevan una ventaja impresionante; son seguidos por la ducha vaginal, la anticoncepción con productos químicos, el *coitus interruptus* y los preservativos. Una segunda medición afín es el número total y promedio de meses durante los cuales fueron evitados los embarazos indeseados mediante el uso de una técnica determinada. (Evidentemente, el aborto inducido debe ser aquí eliminado de la consideración, puesto que es imposible determinar sus efectos a largo o corto plazo sobre la conducta reproductiva).

En términos de la duración total de la protección anticonceptiva, la píldora nuevamente encabeza la lista. Los anticonceptivos orales también llevan la delantera en eficiencia puesto que las mujeres que han tomado la píldora tuvieron como promedio 13,3 meses de uso antes de abandonar este método; si eliminamos las entrevistadas que interrumpieron el uso a fin de tener un embarazo planificado, encontramos que las mujeres que abandonaron el uso de la píldora por motivos involuntarios (es decir, cualquier motivo que no sea la interrupción deliberada para tener un embarazo planificado) todavía tenían un promedio superior a un año por usuaria.

Después de la píldora, en términos de cantidad total de protección anticonceptiva, encontramos los anticonceptivos químicos, el *coitus interruptus*, la ducha y los preservativos. Pero la práctica del *coitus interruptus* duró un promedio de 12,1 meses, levemente más que el promedio para la usuaria de anticonceptivos químicos y mucho más alto que para las mujeres que se atenían a la ducha vaginal o a los preservativos. Entre las mujeres que interrumpieron el uso de estos métodos involuntariamente, el uso promedio duró alrededor de unos 10 meses en el caso del *coitus interruptus* y de los productos químicos, pero sólo 6,5 meses en el caso de la ducha vaginal. De los métodos que se discuten aquí, los preservativos tienen, lejos, la efectividad práctica menor, puesto que la duración promedio de su uso fue de sólo 10 semanas y en todos los casos, menos dos, el uso fue interrumpido por motivos involuntarios.

Otra manera de enfocar el asunto de la efectividad práctica de las técnicas anticonceptivas consiste en examinar el tipo de métodos usados por las planificadoras exitosas y no exitosas y determinar si algún grupo tiende a confiar en métodos determinados o en grupos particulares de métodos. Tales comparaciones deben nuevamente limitarse a las usuarias de anticonceptivos, puesto que el aborto tiende a afectar la conducta reproductiva de una manera que en parte es

Cuadro 33

USO DIFERENCIAL DE TECNICAS ANTICONCEPTIVAS ENTRE
USUARIAS SEGUN EXITO DE LA PLANIFICACION

(En porcentajes)

Método	Porcentaje que usa cada método		
	Usuarías exitosas	Usuarías parcialmente exitosas	Usuarías no-exitosas
Anticonceptivos orales	60	93	73
Anticonceptivos químicos	20	24	31
<i>Coitus interruptus</i>	40	21	23
Preservativos	20	6	13
Ducha vaginal	27	18	23
Abstinencia periódica	13	9	8
Número promedio de métodos usados	1,85	1,91	1,87

independiente del uso efectivo o inefectivo que haga la persona del control de la natalidad.^{60/}

En el cuadro 33, la comparación de las usuarias exitosas, parcialmente exitosas y no exitosas de anticonceptivos es de poca utilidad, en términos de averiguar la efectividad práctica de las técnicas anticonceptivas. En primer lugar, el número medio de métodos usados por las entrevistadas en estos grupos es prácticamente idéntico. En segundo lugar, no puede discernirse ningún patrón sistemático, significativo en el uso de métodos específicos. Por ejemplo, las planificadoras exitosas han utilizado todos los tipos de métodos. De hecho, han confiado en métodos clínicamente efectivos en un grado algo menor que los otros dos grupos. En suma, la única conclusión sugerida por el cuadro 33 es que la efectividad de los esfuerzos de planificación familiar no depende tanto del tipo de método que se use como de la voluntad y capacidad de la persona para usar en forma constante un método determinado de anticoncepción.

Resumen

Una gran mayoría de las mujeres de clase baja entrevistadas en esta encuesta está de acuerdo en que el control de la fecundidad es conve-

^{60/} Sin embargo, habría que recordar, como se mencionó anteriormente en este estudio, que las mujeres que han recurrido al aborto tienden a comenzar sus esfuerzos de planificación familiar más temprano en su historia reproductiva y a ser más exitosas en estos esfuerzos.

niente, en particular para las mujeres como ellas que no pueden mantener a un número no regulado de hijos. Además, una proporción apreciable considera que el control de los nacimientos es una tarea relativamente fácil. La mayoría de estas mujeres también son partidarias de la anticoncepción, pero aunque el aborto es universalmente conocido, es por lo general mirado con malos ojos. Una abrumadora mayoría de las entrevistadas ha oído hablar de por lo menos dos técnicas que podrían usar para evitar la concepción y, aunque se excluyan los los métodos populares, la entrevistada media ha oído hablar de más de cinco técnicas anticonceptivas no folklóricas y tiene un conocimiento práctico elemental de unas tres técnicas.

Pero la planificación familiar efectiva, en último término, deriva, no de las actitudes hacia el control de los nacimientos ni del conocimiento cuantitativo de las técnicas de control de la fecundidad, sino más bien del uso real, eficaz de estas técnicas. Aproximadamente el 60 por ciento de las entrevistadas ha realizado un intento definido de utilizar el control de la natalidad, pero pocas de ellas han logrado algún éxito notable en sus esfuerzos de planificación familiar. En verdad, puede observarse que los embarazos no planificados se citan como razón principal para la discontinuación con una frecuencia cinco veces mayor que los embarazos planificados. ¿Qué explica estas tasas tan bajas de efectividad anticonceptiva?

La planificación efectiva es evidentemente determinada por diversos factores, algunos de los cuales trascienden los límites del capítulo actual. Pero, en el grado en que el conocimiento adecuado del control de la natalidad influye sobre la planificación efectiva, la baja calidad de la información de que disponen constituye un obstáculo importante para el éxito de los esfuerzos de planificación. El hecho es que cada técnica posee ciertas ventajas y desventajas clínicas, pero para la población presente, la efectividad práctica de estas técnicas es determinada en mayor grado aún por la baja calidad de su información sobre el control de la natalidad.

Las mujeres de clase baja obtienen la mayor parte de esta información a través de conversaciones con sus iguales y sólo en contadas ocasiones consultan fuentes especializadas. El efecto práctico de esta divulgación de palabra del conocimiento sobre el control de la fecundidad es que fomenta la adopción de técnicas inapropiadas e incluso nocivas, distorsiona y disminuye las ventajas clínicas potenciales de cada técnica y, por último, incrementa la tasa de fracaso de los esfuerzos de planificación familiar.

Por consiguiente, a pesar de un nivel cuantitativo sorprendentemente alto de conocimientos anticonceptivos, la naturaleza defectuosa de esta

información actúa como factor importante en el fracaso de los esfuerzos de planificación familiar. En íntima relación con los conocimientos inadecuados, encontramos que la misma insuficiencia de los recursos materiales que caracterizan la vida de la clase baja constituye otro obstáculo importante para la planificación efectiva. Como se ha demostrado repetidamente en la investigación de la efectividad práctica de las diversas técnicas, los recursos inadecuados ejercen una influencia negativa sobre la planificación tanto directamente (es decir, al impedir a los individuos comprar en forma regular los materiales de control de la natalidad) como indirectamente (es decir, al obstaculizar la obtención de informaciones adecuadas y el uso rutinario y repetido de anticonceptivos dentro del hogar).

Incidentalmente, aunque esta información no se desarrolla aquí, es de cierto interés resaltar que estos mismos dos factores, el del conocimiento y el de los recursos inadecuados, también prevalecen en el uso del control de la natalidad por parte de las no-planificadoras involuntarias. En efecto, cuando se les preguntó por qué nunca habían realizado un esfuerzo anticonceptivo constante, de las 68 mujeres en esta categoría, el 59 por ciento contestó que la razón primaria de su inactividad en este sector radicaba en un conocimiento inadecuado, y el 21 por ciento por falta de fondos.

Los dos métodos utilizados con mayor frecuencia por las mujeres de clase baja son los anticonceptivos orales y el aborto, mientras que todos los demás métodos tienen un papel secundario en sus actividades de planificación familiar. Sin embargo, la investigación de los patrones de uso demuestra que ninguna técnica actualmente disponible es a la vez aceptable y usada efectivamente. En último término, la capacidad de las entrevistadas para regular efectivamente el tamaño y el espaciamiento de su prole no es afectada tanto por el tipo de método que se utiliza como por la disposición y capacidad de la usuaria para hacer uso cuidadoso y perseverante de un método determinado. El capítulo siguiente tomará uno de los factores más importantes que afectan la buena disposición y la capacidad de regular las actividades procreativas, vale decir, los patrones de emparejamiento y de organización marital.

VII. EL CONTEXTO MARITAL DE LA FORMACION DE LA FAMILIA

Fundamentalmente, en los capítulos anteriores se ha establecido que las mujeres de clase baja muestran una gran motivación para regular el tamaño de sus familias y tienen un conocimiento cuantitativo considerable de las técnicas de control de la fecundidad. Sin embargo, la intensidad y la índole de sus esfuerzos de planificación familiar varían mucho y por lo general fracasan o sólo alcanzan un éxito parcial. Numerosos factores contribuyen a la ineffectividad prevaeciente en los esfuerzos de planificación familiar. Varios de éstos ya han sido señalados en relación al conocimiento cualitativo y al uso efectivo de las técnicas anticonceptivas y es indudable que otros que no se tocan aquí, o que sólo se mencionan muy brevemente, ejercen una influencia significativa en la capacidad del individuo para regular el tamaño de su familia.

En el presente capítulo se investigan una serie de aspectos que han sido sugeridos como de primordial importancia por el examen detallado de los expedientes individuales, ya que determinan la capacidad de la entrevistada para hacer uso efectivo de los medios de control de la natalidad. Ellos son las formas de constitución y organización de diferentes tipos de uniones maritales. En una primera sección de este capítulo, nos ocuparemos de analizar los patrones de formación y disolución marital y las formas típicas de organización marital entre las mujeres de clase baja de la muestra; en la segunda sección se relacionarán estos patrones con la actividad o pasividad en el campo de la planificación familiar y con el éxito o fracaso de los esfuerzos realizados.

I. PATRONES MARITALES Y ORGANIZACION MARITAL

1. Estado conyugal actual

Aunque las investigaciones sistemáticas sobre este asunto son muy escasas, la opinión en boga es que entre la población urbana de clase baja del Brasil, las uniones maritales son característicamente inestables,

cuando no rayanas en lo promiscuo. En contraste, la encuesta de CELADE en Río de Janeiro, citada anteriormente, mostró que la mayoría de las mujeres que cohabitaban estaban casadas legalmente y que, aun en las clases bajas, sólo el 13 por ciento de las uniones no tenían sanción legal.^{61/}

En el curso de la investigación se trató de reconstruir la historia de las uniones maritales y sexuales de las entrevistadas desde la edad en que iniciaron la actividad sexual hasta el momento de la entrevista. Puesto que esa información pudo ser contrastada, en cada caso individual, con la que se refería a la historia de embarazos y de control de la natalidad, puede considerarse como satisfactoriamente completa.

Antes de entrar a analizar ese material, sin embargo, se hace necesario definir lo que se entiende aquí por "unión marital". Esta incluye todas las formas de cohabitación conyugal (es decir, uniones legales o consensuales), además de todas las uniones sexuales sin cohabitación, pero relativamente estables o de otro modo significativas. Así definidas, las uniones maritales pueden clasificarse en tres tipos.^{62/}

Primero, "las uniones legales" que se definen como todas las uniones maritales que han obtenido sanción institucional, ya sea por parte del Estado, de la Iglesia o de ambos. De hecho, la Iglesia y el Estado en Brasil no se reconocen mutuamente sus ceremonias nupciales, de modo que las parejas que desean casarse tanto civil como religiosamente deben pasar por las dos ceremonias; en consecuencia, un matrimonio "legal", estrictamente hablando, debería ser aquel sancionado por el Estado. Para los propósitos de este estudio, sin embargo, poco es lo que se gana con una distinción semejante, puesto que la mentalidad de la clase baja, en particular entre las migrantes rurales, a menudo no discrimina entre los privilegios y obligaciones inherentes a cada uno de estos dos tipos de ceremonias. Además, los matrimonios religiosos son de hecho acompañados por lo general de una ceremonia civil y solamente el 5 por

61/ Véase Lycia de Mendonça: "Nupcialidade no Río de Janeiro: algunos resultados preliminares", *América Latina*, 9(2), 1966, pág. 116. Estos datos muestran también que menos del 5 por ciento de todas las mujeres en el grupo de *status* económico-social más bajo están separadas de una unión de cohabitación. (Véanse pags. 121-123).

62/ La terminología empleada aquí es una modificación de la ideada por Stycos y Back en su estudio de Jamaica. (Véase Stycos y Back, *op. cit.*, págs. 82-85). Este esquema de clasificación tiene la ventaja de evitar los juicios subjetivos en cuanto a la intención o grado de fidelidad, así como de eliminar las connotaciones morales o de otro tipo.

ciento de todas las uniones clasificadas aquí como "legales" recibieron sólo sanción religiosa.^{63/}

En segundo lugar, las "uniones consensuales" que incluyen todas las uniones que no tienen vínculos matrimoniales religiosos o civiles. Exceptuando esta diferencia, las uniones consensuales muestran una gran semejanza con las uniones legales. En la mayoría de los casos, los esposos establecen residencia neo-local y crían a sus hijos dentro de una unión relativamente estable. En verdad, en varios casos, las entrevistadas informaron que tenían la intención de casarse legalmente apenas pudieran hacerlo o afirmaron que no se habían casado a causa de una complicación insoluble. Sin embargo, las connotaciones socio-culturales de las uniones consensuales y legales son diferentes en el sentido de que estas últimas siguen siendo la norma y el ideal; además, las mujeres que han tenido experiencias sexuales anteriores, rara vez pueden aspirar a establecer una unión legal aunque puede que les sea relativamente fácil iniciar una unión consensual perdurable.

En tercer lugar, las "uniones de visita", que son aquellas con relaciones sexuales sin cohabitación, que han persistido por lo menos durante tres meses o que han desembocado ya sea en el uso del control de la natalidad o en un embarazo. Además, las "uniones de visita" incluyen aquí otras uniones con relaciones sexuales no cohabitantes cuando éstas han resultado en la pérdida de la condición de virginidad de la entrevistada, a menos que esta relación haya dado origen a una unión de cohabitación o a menos que este cambió de condición inequívocamente haya ocurrido como resultado de una violación (la cual tiene una connotación socio-cultural enteramente diferente). El segundo expediente ha sido adoptado aquí puesto que, como se demostrará más adelante, la pérdida de la virginidad tiene consecuencias trascendentales respecto a la posibilidad eventual de establecer una unión marital más permanente.

Así, utilizaremos tres categorías básicas de unión marital en la siguiente discusión. Es necesario observar que en los casos en que una relación determinada entre dos personas evolucionó de una categoría a la otra (por ejemplo, de visita a legal o consensual, o de consensual a legal) se ha tabulado sólo la segunda unión sin tomar en cuenta la natu-

^{63/} Cabría señalar que el individuo puede valerse de que la Iglesia y el Estado no se reconocen mutuamente sus respectivas ceremonias nupciales para contraer dos matrimonios sucesivos. Este patrón no parece estar muy difundido, sin embargo, puesto que sólo dos mujeres en la presente muestra aprovecharon esta coyuntura.

raleza o duración relativa de cada una de ellas.^{64/} En el momento de la encuesta, de acuerdo a esta clasificación tricotómica del estado marital, el 48 por ciento de todas las entrevistadas formaban parte de una unión legal; el 40 por ciento estaba viviendo en uniones consensuales, y solamente un 2 por ciento estaba involucrado en una relación de visitas. El 10 por ciento restante estaban separadas de un compañero legal, consensual o visitante.

El cuadro 34 proporciona información más detallada sobre el estado conyugal en el momento de la encuesta, al mismo tiempo que permite un conocimiento preliminar de los antecedentes maritales de las entrevistadas. Resulta particularmente digno de mencionarse el hecho de que cerca del 60 por ciento de todas las entrevistadas (categorías 1 y 2) vivían en ese momento en su primera unión legal o consensual y que otro 22 por ciento (categoría 3) se hallaban unidas por segunda vez. Sólo el 2 por ciento participaba en una unión de visita.

¿Se debe inferir de estos datos que, por una parte, la gran mayoría de las uniones son de tipo relativamente estable y que, por otra parte, las relaciones de visita constituyen sólo una proporción insignificante de todas las uniones? Tal impresión pronto se desvanece al analizar el cuadro 35, que muestra que, aunque las entrevistadas tenían entonces sólo entre 25 y 30 años (y presumiblemente contraerían un número considerable de uniones en el futuro), ya han intervenido en un total de 531 uniones maritales, o sea un promedio de 1,57 unión por persona.^{65/} Además, el 27 por ciento de todas las uniones son rela-

64/ También cabe observar que el número de uniones de visita probablemente se subestima en el presente análisis. Dado que se pensó que un interrogatorio intensivo y directo acerca de las uniones temporales sin cohabitación podría resultar inhibitorio y por lo tanto perjudicial para los principales objetivos de la investigación, las uniones de visita (excepto en el caso de la unión actual o más reciente) no fueron investigadas directamente como lo fueron las uniones de cohabitación. (Incidentalmente, la percepción a *posteriori* indica que esta precaución había sido innecesaria). Por consiguiente, nuestros datos sobre las uniones de visita posteriores se obtuvieron en forma indirecta; esto es, la yuxtaposición y la comparación de varias preguntas (por ejemplo, edad y circunstancias de la primera experiencia sexual, coito premarital, historia de embarazos, uso y distribución en el tiempo de la anticoncepción, historia marital, frecuencia del coito, reacciones frente al embarazo, etc.) inevitablemente llevaron al descubrimiento de la mayoría de las uniones de visita significativas. Cuando una unión de este tipo salía a la luz, la entrevistadora obtenía información adicional sobre la naturaleza y duración de la relación.

65/ Nuevamente este total y promedio no incluyen las relaciones entre dos personas que han evolucionado de un tipo a otro. Si, por ejemplo, las uniones de visita premaritales (es decir, las uniones de visita que eventualmente evolucionaron hasta llegar a ser una relación de cohabitación de primer orden) se incluyen, entonces el número total de uniones aumentaría a 623.

ciento de todas las uniones clasificadas aquí como "legales" recibieron sólo sanción religiosa.^{63/}

En segundo lugar, las "uniones consensuales" que incluyen todas las uniones que no tienen vínculos matrimoniales religiosos o civiles. Exceptuando esta diferencia, las uniones consensuales muestran una gran semejanza con las uniones legales. En la mayoría de los casos, los esposos establecen residencia neo-local y crían a sus hijos dentro de una unión relativamente estable. En verdad, en varios casos, las entrevistadas informaron que tenían la intención de casarse legalmente apenas pudieran hacerlo o afirmaron que no se habían casado a causa de una complicación insoluble. Sin embargo, las connotaciones socio-culturales de las uniones consensuales y legales son diferentes en el sentido de que estas últimas siguen siendo la norma y el ideal; además, las mujeres que han tenido experiencias sexuales anteriores, rara vez pueden aspirar a establecer una unión legal aunque puede que les sea relativamente fácil iniciar una unión consensual perdurable.

En tercer lugar, las "uniones de visita", que son aquellas con relaciones sexuales sin cohabitación, que han persistido por lo menos durante tres meses o que han desembocado ya sea en el uso del control de la natalidad o en un embarazo. Además, las "uniones de visita" incluyen aquí otras uniones con relaciones sexuales no cohabitantes cuando éstas han resultado en la pérdida de la condición de virginidad de la entrevistada, a menos que esta relación haya dado origen a una unión de cohabitación o a menos que este cambio de condición inequívocamente haya ocurrido como resultado de una violación (la cual tiene una connotación socio-cultural enteramente diferente). El segundo expediente ha sido adoptado aquí puesto que, como se demostrará más adelante, la pérdida de la virginidad tiene consecuencias trascendentales respecto a la posibilidad eventual de establecer una unión marital más permanente.

Así, utilizaremos tres categorías básicas de unión marital en la siguiente discusión. Es necesario observar que en los casos en que una relación determinada entre dos personas evolucionó de una categoría a la otra (por ejemplo, de visita a legal o consensual, o de consensual a legal) se ha tabulado sólo la segunda unión sin tomar en cuenta la natu-

^{63/} Cabría señalar que el individuo puede valerse de que la Iglesia y el Estado no se reconocen mutuamente sus respectivas ceremonias nupciales para contraer dos matrimonios sucesivos. Este patrón no parece estar muy difundido, sin embargo, puesto que sólo dos mujeres en la presente muestra aprovecharon esta coyuntura.

raleza o duración relativa de cada una de ellas.^{64/} En el momento de la encuesta, de acuerdo a esta clasificación tricotómica del estado marital, el 48 por ciento de todas las entrevistadas formaban parte de una unión legal; el 40 por ciento estaba viviendo en uniones consensuales, y solamente un 2 por ciento estaba involucrado en una relación de visitas. El 10 por ciento restante estaban separadas de un compañero legal, consensual o visitante.

El cuadro 34 proporciona información más detallada sobre el estado conyugal en el momento de la encuesta, al mismo tiempo que permite un conocimiento preliminar de los antecedentes maritales de las entrevistadas. Resulta particularmente digno de mencionarse el hecho de que cerca del 60 por ciento de todas las entrevistadas (categorías 1 y 2) vivían en ese momento en su primera unión legal o consensual y que otro 22 por ciento (categoría 3) se hallaban unidas por segunda vez. Sólo el 2 por ciento participaba en una unión de visita.

¿Se debe inferir de estos datos que, por una parte, la gran mayoría de las uniones son de tipo relativamente estable y que, por otra parte, las relaciones de visita constituyen sólo una proporción insignificante de todas las uniones? Tal impresión pronto se desvanece al analizar el cuadro 35, que muestra que, aunque las entrevistadas tenían entonces sólo entre 25 y 30 años (y presumiblemente contraerían un número considerable de uniones en el futuro), ya han intervenido en un total de 531 uniones maritales, o sea un promedio de 1,57 unión por persona.^{65/} Además, el 27 por ciento de todas las uniones son rela-

^{64/} También cabe observar que el número de uniones de visita probablemente se subestima en el presente análisis. Dado que se pensó que un interrogatorio intenso y directo acerca de las uniones temporales sin cohabitación podría resultar inhibitorio y por lo tanto perjudicial para los principales objetivos de la investigación, las uniones de visita (excepto en el caso de la unión actual o más reciente) no fueron investigadas directamente como lo fueron las uniones de cohabitación. (Incidentalmente, la percepción a *posteriori* indica que esta precaución había sido innecesaria). Por consiguiente, nuestros datos sobre las uniones de visita posteriores se obtuvieron en forma indirecta; esto es, la yuxtaposición y la comparación de varias preguntas (por ejemplo, edad y circunstancias de la primera experiencia sexual, coito premarital, historia de embarazos, uso y distribución en el tiempo de la anticoncepción, historia marital, frecuencia del coito, reacciones frente al embarazo, etc.) inevitablemente llevaron al descubrimiento de la mayoría de las uniones de visita significativas. Cuando una unión de este tipo salía a la luz, la entrevistadora obtenía información adicional sobre la naturaleza y duración de la relación.

^{65/} Nuevamente este total y promedio no incluyen las relaciones entre dos personas que han evolucionado de un tipo a otro. Si, por ejemplo, las uniones de visita premaritales (es decir, las uniones de visita que eventualmente evolucionaron hasta llegar a ser una relación de cohabitación de primer orden) se incluyen, entonces el número total de uniones aumentaría a 623.

Cuadro 34

ESTADO CIVIL

Estado actual	Nº de entrevistadas	Porcentaje del total
Primera unión legal	152	45,0
Primera unión consensual	48	14,2
Segunda unión	73	21,6
Tercera unión o más	24	7,1
Actualmente en una unión de visita	6	1,8
Actualmente sola	35	10,3
<i>Total</i>	<i>338</i>	<i>100,0</i>

Cuadro 35

NUMERO TOTAL Y PROMEDIO DE UNIONES MARITALES
CONTRAIDAS, POR TIPO DE UNION

	Legales	Consensuales	De visita	De todos tipos
Número promedio de uniones por entrevistada	0,60	0,55	0,42	1,57
Número total de uniones	202	186	143	531
Porcentaje de todas las uniones	38,0	35,0	27,0	100,00

ciones de visita, proporción ciertamente apreciable y del mismo orden de magnitud que la que se refiere a las uniones legales y consensuales.

En suma, el análisis del estado conyugal en una perspectiva estática demostró que la mayoría de las entrevistadas se hallaban viviendo en su primera unión legal o consensual y que solamente una proporción insignificante tenía una relación de visita con su pareja. Sin embargo, el análisis de la historia marital muestra que las mujeres habían participado en un promedio de 1,57 unión del cual más de la cuarta parte habían sido relaciones de visita.

La clave de la reconciliación de los cuadros 34 y 35 radica en el hecho de que un número relativamente insignificante de todas las mujeres dan cuenta de una gran proporción de todas las uniones. Además, en los casos en que las mujeres han participado en muchas uniones, una gran proporción de éstas fueron relaciones de visita que tienden a disolverse cuando sobreviene un embarazo y, por consiguiente, no aparecen de inmediato en una distribución estática según estado conyugal actual, especialmente cuando una gran parte de la muestra fue obtenida de una población de mujeres actualmente embarazadas. El cuadro 36 muestra que 218 entrevistadas (el 64 por ciento de toda la muestra) habían experimentado sólo una unión en su vida; en el otro extremo, 33 mujeres, que constituyen sólo el 10 por ciento de la muestra, tuvieron un promedio de 4,2 uniones y de este modo dieron cuenta del 26 por ciento de todas las uniones.

El examen del tipo de uniones contraídas por las mujeres que han experimentado uniones de diversos órdenes también resulta sugestivo. Las uniones legales predominan en el grupo que ha experimentado sólo una unión marital, mientras que las uniones consensuales son más frecuentes entre las mujeres que han tenido dos uniones, y las uniones de visita prevalecen entre las mujeres que han tenido por lo menos tres uniones.

2. Estabilidad de las uniones maritales

El divorcio no existe en Brasil y por consiguiente, en los casos de incompatibilidad matrimonial, las parejas legalmente unidas tienen un solo recurso: el *desquite* (separación legal) que, aunque no permite a los esposos contraer segundas nupcias legalmente, trae consigo ciertos pri-

Cuadro 36

NUMERO DE UNIONES EXPERIMENTADAS POR TIPO DE UNION^{a/}

Número de uniones experimentadas	Tipo de unión			N° total de uniones	N° total de entrevistadas
	Legal	Consensual	De visita		
1	152	52	14	218	218
2	35	95	44	174	87
3 o más	15	39	85	139	33
<i>Total</i>	<i>202</i>	<i>186</i>	<i>143</i>	<i>531</i>	<i>338</i>

a/ El tipo de unión se refiere a los tipos experimentados por las mujeres que han incurrido en un número determinado de uniones. Por ejemplo, entre las 139 uniones experimentadas por las 33 mujeres con tres o más uniones cada una, 15 eran uniones legales, 39 uniones consensuales y 85 eran relaciones de visita.

vilegios de mantención. No obstante, incluso esta solución parecería estar fuera del alcance de las mujeres de la clase baja, ya que ninguna de las entrevistadas había recurrido a este procedimiento legal en una unión anterior. En la práctica entonces, la única alternativa de que disponen las mujeres de la encuesta en el caso de una unión insatisfactoria es la separación *de facto*, que no trae consigo ningún tipo de privilegios, mesadas o mantención.

A la inversa, la inaccesibilidad de los recursos legales facilita grandemente la irresponsabilidad paternal; es bastante común que el hombre tenga relaciones sexuales con una mujer y que la deje abandonada apenas las responsabilidades de la paternidad comienzan a ser una carga demasiado pesada para él. El peso de la educación de los hijos en tales casos recae en forma invariable sobre la mujer y por lo tanto resulta fácil comprender por qué algunas mujeres entran en uniones múltiples motivadas por la esperanza de encontrar una fuente permanente de compañía y de apoyo.^{66/}

Anteriormente se mencionó que alrededor de un 64 por ciento de todas las entrevistadas han experimentado sólo una unión marital, el 26 por ciento ha tenido dos uniones y el 10 por ciento ha tenido tres uniones o más. ¿Qué se puede decir acerca de la duración y estabilidad de estas uniones? ¿Qué factores ejercen una mayor influencia sobre su estabilidad y duración?

En un comienzo, en vista de las actitudes hacia el matrimonio repetidamente expresadas por las informantes, se consideró provechoso analizar la duración de las uniones según el orden de cada unión.^{67/} En realidad, aunque las entrevistadas no fueron sometidas a un interrogatorio específico sobre sus actitudes hacia el matrimonio o hacia las uniones maritales, se obtuvo una comprensión considerable acerca de estos aspectos por sus respuestas a las preguntas afines. Un patrón recu-

^{66/} La necesidad de obtener alguna fuente de mantenimiento económico estable para ella y para sus hijos obliga a las entrevistadas a someterse a los tipos más indeseados de unión. Los casos de maridos alcohólicos o irritables, que reiteradamente maltratan a sus esposas física y psicológicamente, son comunes. Menos frecuentes pero sugestivos son los casos dramáticos en que las mujeres abandonan a un compañero amado porque es incapaz de mantener a su familia y se van a vivir con un compañero más rico, pero al cual no quieren. En uno de estos casos, el propio primer compañero buscó una persona apropiada para mantener a su compañera (porque él ya tenía una familia y no podía mantener dos casas) y le dijo a este sus condiciones: ¡o la cuidas o ya verás!

^{67/} Para este fin, será útil eliminar la categoría de las no-planificadoras temporales, puesto que éstas, por definición, están iniciando su historia marital y de este modo su inclusión en el cuadro ocultaría otros patrones pertinentes.

rente que fue considerado digno de investigarse más en detalle fue la frecuencia con que se entra en una primera unión consensual en lugar de un matrimonio legal o como sustituto de él.

El cuadro 37 muestra que, cualesquiera que sean las causas subyacentes, las primeras uniones cohabitantes, ya sean consensuales o legales, han tenido una duración media de 6,6 años. Cuando la segunda unión experimentada es del tipo legal, tiende a tener una duración media semejante a las uniones de primer orden, mientras que cuando es de tipo consensual, tiende a tener una duración media de menos de los dos tercios de la de las uniones de primer orden. El número de mujeres que han contraído matrimonio legal en su tercera unión es insignificante, pero cabe observar que cuando las terceras uniones son consensuales tienen una duración considerablemente más corta que las uniones de segundo orden de ese mismo tipo. Por último, se observa que las relaciones de visita son altamente inestables, no importa cual sea el orden de las uniones. ^{68/}

El hecho de que las relaciones de visita tengan una vida tan efímera no es inesperado en absoluto; privadas de vínculos sociales, económicos o legales, estas uniones no pueden aguantar presiones de ningún tipo y es común que se disuelvan al poco tiempo de sobrevenir un embarazo,

Cuadro 37

DURACION MEDIA^{a/} DE LAS UNIONES MARITALES, POR TIPO Y ORDEN DE LA UNION^{b/}

Orden de la unión	Legal		Consensual		De visita		Total	
	Nº de uniones	Duración media	Nº de uniones	Duración media	Nº de uniones	Duración media	Nº de uniones	Duración media
Primera	156	6,6	74	6,6	62	0,7	292	5,4
Segunda	8	6,5	73	3,9	37	0,9	118	3,1
Tercera o más	3	1,3	28	2,5	42	0,5	73	1,9
Total	167	6,6	175	4,8	141	0,7	483	4,2

^{a/} La duración se refiere al intervalo entre la iniciación y terminación de la relación o entre la iniciación y momento de la entrevista si es que no había terminado (Medida en años).

^{b/} Las no-planificadoras temporales excluidas del cuadro.

^{68/} Dos casos deben observarse a este respecto. Primero, las uniones de visita que llegaron a ser uniones de cohabitación no se incluyen en esta categoría. Segundo, la duración exacta de las relaciones de visita a menudo es difícil de determinar (y en algunos casos tiene que suponerse), particularmente en los casos de relaciones múltiples en que la propia informante tiene poca noción acerca de los períodos o de las fechas. Ninguna de estas dos consideraciones, no obstante, afecta la validez de las conclusiones obtenidas aquí.

particularmente si la mujer tiene antecedentes de relaciones sexuales anteriores. Además, si los integrantes de la pareja que mantiene ese tipo de relaciones descubren una afinidad y compatibilidad suficientes es muy probable que establezcan una unión de cohabitación y por consiguiente esa unión no será contabilizada aquí en la categoría de visitante.

En cambio, el hecho de que las primeras uniones tengan la misma estabilidad, ya sean legales o consensuales, merece mayores comentarios. De las observaciones obtenidas durante el análisis de los expedientes individuales, parecería que las primeras uniones consensuales gozan de un considerable prestigio socio-cultural y se consideran como un sustituto válido de las uniones legales cuando las circunstancias impiden la formación de una familia legal. En un considerable número de casos, tales uniones son contraídas en lugar de un matrimonio legal porque la pareja no puede afrontar los gastos o las molestias de la ceremonia legal.

A fin de contraer un matrimonio legal, la pareja debe tener alguna noción elemental del funcionamiento de las burocracias eclesiástica o estatal. Aunque en teoría son sencillas, en la práctica las exigencias burocráticas pueden adquirir una considerable complejidad y han exasperado a más de una pareja bien informada de clase media; en el caso de la gente analfabeta o semianalfabeta de clase baja, el papeleo puede resultar formidable. Además, la pareja debe estar dispuesta a pasar por el período de espera impuesto por el proceso burocrático: 30 a 45 días en el caso de los matrimonios civiles y 20 a 30 días en el caso de los matrimonios por la Iglesia.

Pero el principal obstáculo al matrimonio legal puede que sea el costo de estas uniones. El hecho es que las ceremonias civiles y religiosas son relativamente costosas en términos del salario legal mínimo y como esos matrimonios se acompañan a menudo de festejos que reúnen a las amistades y a los familiares, los costos totales pueden resultar prohibitivos.^{69/} Como un testimonio de la influencia predominante de los factores económicos en la determinación de tipos de unión marital, el cuadro 38 muestra una relación directa entre el *status* socio-económico y la probabilidad de contraer un matrimonio legal como primera unión de cohabitación. En verdad, aunque los matrimonios legales predominan en todos los grupos, las entrevistadas de clase baja que habían

^{69/} Para los matrimonios civiles en el Estado de Guanabara, la tasa básica al momento de la encuesta asciende a aproximadamente US\$ 6.00 más "cargos de documentación", honorarios de notaría, etc. El costo del matrimonio religioso varía mucho de una parroquia a otra y algunas parroquias celebran ceremonias nupciales colectivas una vez a la semana o al mes, que son gratuitas. De acuerdo a nuestra información, sin embargo, incluso las personas de clase baja prefieren pagar una ceremonia privada, en cuyo caso es probable que paguen entre US\$ 5.00 y \$ 10.00, "incluyendo almuerzo" (¡música, flores y decoraciones extras!).

contraído un matrimonio legal como su primera unión de convivencia apenas superaban el 50 por ciento, mientras que el correspondiente porcentaje para las mujeres de la clase baja alta pasaba del 75 por ciento.

Dados esos diversos impedimentos para contraer matrimonio legal, es comprensible que un número considerable de parejas resolvieran simplemente formar una unión consensual como sustituto del matrimonio legal, iniciando a veces la actividad sexual sólo después de establecer casa aparte. Ejemplo de esas situaciones aparecen en los siguientes comentarios hechos por mujeres que habían vivido en primeras uniones consensuales durante largo tiempo.

-“Fue igual que un matrimonio. Salimos juntos igual como lo hacían en los tiempos antiguos y sólo dormimos juntos después que nos mudamos a nuestra propia casa”.

-“Estábamos de novios. Yo trabajaba donde una familia y tuve un accidente, me rompí una costilla y no podía trabajar. El me llevó a a la casa de su hermana. Entonces decidimos vivir juntos porque no teníamos el dinero para un matrimonio. El arrendó una pieza y simplemente nos fuimos a vivir juntos”.

En segundo lugar, en muchos casos las mujeres de la encuesta entraron por primera vez en una unión consensual porque sus parejas habían contraído con anterioridad un matrimonio civil y legalmente no les estaba permitido casarse de nuevo. En algunos casos, las mujeres involucradas sólo descubren los compromisos previos de sus parejas cuando ya es demasiado tarde:

-“Me engañó, no me dijo que era casado. Llevé vestido blanco y velo para la ceremonia civil y sólo descubrí más tarde que él ya estaba casado”.

Cuadro 38

TIPO DE LA PRIMERA UNIÓN DE COHABITACION, POR
CONDICION SOCIO-ECONOMICA

(En porcentajes)

Condición socio-económica	Legal	Consensual	(N= 100 por ciento) Total
Baja - baja	52,4	47,6	82
Baja - media	73,3	26,7	146
Baja - alta	76,4	23,6	55
<i>Total</i>	<i>67,8</i>	<i>32,2</i>	<i>283</i>

Cuadro 39

UNIONES DISUELTAS COMO PORCENTAJE DE TODAS LAS UNIONES
Y DURACION MEDIA DE LAS UNIONES DISUELTAS, POR
TIPO Y ORDEN DE UNION

	Orden de unión	Tipo de unión		
		Legal	Consensual	De visita
Uniones disueltas como porcentaje de todas las uniones	Primera	24,0	47,0	97,0
	Segunda	0,0	8,0	95,0
	Tercera			
	o más	33,0	11,0	95,0
Duración media de las uniones disueltas (en años)	Primera	4,1	5,0	0,7
	Segunda	—	2,5	0,8
	Tercera	0,1	2,6	0,6
	o más			

En otros casos, la encuestada, a sabiendas, tiene amores con un hombre casado y la relación eventualmente llega a convertirse en una unión consensual. Por último, las parejas a veces inician una unión consensual cuando sus padres se oponen a un matrimonio legal:

—“Nos íbamos a casar, pero su familia se oponía, así es que sencillamente decidimos vivir juntos. Después de diez años, cuando la familia de él estaba finalmente de acuerdo y nos íbamos a casar mi marido se ahogó”.

En resumen, las uniones consensuales, particularmente cuando derivan de la primera experiencia sexual de una muchacha, son tan estables como las primeras uniones legales. Esto se debe a que las primeras uniones consensuales constituyen un sustituto socialmente aceptado del matrimonio legal, siempre que las circunstancias económicas u otras, tales como la oposición de los padres o un matrimonio anterior de uno de los esposos, impiden la formación de una unión legal.

Volviendo ahora al problema más general de la estabilidad matrimonial, debe señalarse que las cifras sobre la duración de las uniones maritales por orden de unión pueden ser algo engañosas. En verdad, es posible que las diferencias en la duración de los diversos tipos y órdenes de uniones que aparecen en el cuadro 37, puedan atribuirse en parte al hecho de que algunas uniones han sido iniciadas más recientemente que otras. Por consiguiente, a fin de complementar esta información, el cuadro 39 enfoca el problema desde dos puntos de vista afines: la dura-

ción media de las uniones separadas y la probabilidad de que un tipo y orden determinado de unión llegue a disolverse.

Examinando en primer término la duración de los diversos tipos y órdenes de uniones, encontramos que un 95 por ciento de todas las uniones de visita, sin considerar su orden, se han disuelto. La comparación entre las uniones consensuales y legales sobre este punto nuevamente se ve complicada por el hecho de que las uniones segundas y terceras (o más) tienden a ser más recientes y por lo tanto menos susceptibles de disolverse que las primeras uniones. Sin embargo, es significativo que las primeras uniones consensuales tienen una probabilidad dos veces mayor de disolverse que las primeras uniones legales. El hecho de que las terceras (o más) uniones consensuales parecen ser menos volátiles que las uniones legales del mismo orden es algo engañoso, ya que muy pocas uniones legales son del orden segundo o tercero; de hecho, ninguna de las ocho uniones legales de segundo orden y sólo una de tres uniones legales del tercer orden han llegado alguna vez a disolverse.

Centrando nuestra atención ahora en la duración media de las uniones disueltas, nuevamente observamos el alto riesgo de disolución de las uniones de visita, no importa su orden. Luego, es sorprendente que las uniones consensuales disueltas, en particular las primeras uniones consensuales, tienden a durar más que las uniones legales; de hecho, las uniones consensuales primeras que se han disuelto han durado 5,0 años en comparación con 4,1 años para las uniones legales. En resumen, estos datos tenderían a reafirmar la noción anteriormente establecida de que las uniones consensuales son, de muchas maneras, equivalentes a las uniones legales; es cierto que las primeras son algo más volátiles pero, en compensación, las uniones consensuales disueltas tienden a durar más que las uniones legales disueltas.

¿Por qué se disuelven las uniones matrimoniales? En un intento por dar una respuesta a esta pregunta, se les pidió a las encuestadas que dieran más detalles acerca del principal motivo de separación en cada unión disuelta. Desgraciadamente, sin embargo, las respuestas a esta pregunta son por lo general incompletas o expresadas en términos tan poco precisos que impiden una clasificación y un resumen satisfactorios. Sin embargo, es de considerable importancia para los objetivos de este estudio observar que, de 93 separaciones de uniones de cohabitación, sólo 9 son atribuibles a la muerte del marido. En los casos restantes, la disolución de la unión fue el resultado de un complejo de problemas maritales, entre los cuales los principales parecerían ser la crueldad

física y psicológica, el alcoholismo, las infidelidades reiteradas, la falta de manutención o el abandono simple.

Al recapitular los datos sobre estabilidad marital presentados aquí, se demostró que las primeras uniones de tipo legal o consensual presentan características similares en términos de estabilidad y duración. En verdad, puede postularse que las primeras uniones consensuales gozan de un considerable prestigio socio-cultural y sirven como sustituto satisfactorio del matrimonio legal cuando circunstancias económicas y de otro tipo impiden la formación de una unión legal. Esto no debe interpretarse como una demostración de que las uniones legales y consensuales cuentan con igual estimación. Por el contrario, el número de parejas que eventualmente contraen matrimonio legal después de varios años de cohabitación y, especialmente, el número de quejas formulado por las mujeres con uniones consensuales de larga duración respecto a su condición marital no legal atestiguan el hecho de que el matrimonio legal sigue considerándose como la norma y el ideal.

Las primeras uniones, ya sean legales o consensuales, pueden considerarse como relativamente estables. Es interesante observar, no obstante, que mientras las uniones consensuales primeras tienen una probabilidad dos veces mayor de disolverse que las uniones legales primeras, las uniones consensuales disueltas de este orden tienden a durar más que las uniones legales primeras disueltas. Lo relativamente reciente de las uniones de cohabitación segunda y tercera (o más) hace difícil formular un planteamiento definitivo en cuanto a su estabilidad comparativa, pero los datos presentes sugerirían que tienden a ser de duración relativamente más corta que las primeras uniones. Con respecto a las uniones de visita, los datos son irrefutables: este tipo de unión es sumamente inestable, no importa cual sea su orden, y pocas relaciones de visita duran más de un año.

3. *Secuencia de las uniones maritales*

Siguiendo con la descripción de los patrones maritales de la presente muestra, será de interés investigar las tendencias predominantes en la secuencia de las uniones maritales de las entrevistadas. El análisis de este tema exige datos considerablemente detallados y por este motivo pocas veces se ha realizado. En por lo menos un contexto (Jamaica) donde las uniones múltiples y la inestabilidad marital son características de una proporción más elevada de la población que en la presente muestra, se han planteado hipótesis y conclusiones sumamente contradictorias con

respecto al desarrollo secuencial de las historias maritales.^{70/} El propósito de la presente sección será describir los patrones predominantes de desarrollo secuencial en los tipos y órdenes de las uniones maritales entre las mujeres de clase baja de esta muestra.

La intensiva lectura y preparación de los expedientes individuales dejó la impresión de que las circunstancias que rodean la primera relación sexual de una mujer ejercían una influencia destacada sobre su capacidad para contraer eventualmente una unión estable. Además, se vio que las jóvenes que voluntariamente tenían relaciones sexuales premaritales raras veces contraían un matrimonio legal, a menos que se casaran con su primera pareja sexual. Para investigar estas y otras hipótesis afines de modo más sistemático, se prepararon tabulaciones sobre el tipo y la secuencia de las uniones sexuales.

Inicialmente, puede ser observado en el cuadro 40, en 45 por ciento de los casos las entrevistadas habían tenido su primera experiencia sexual después del matrimonio y en 7 por ciento de ellos después de unirse consensualmente. Otro 27 por ciento de las mujeres tuvieron experiencia sexual premarital, pero eventualmente formaron una unión de cohabitación con su primera pareja; las restantes nunca vivieron con su primera pareja.

El hecho de que tener la primera experiencia sexual antes de la unión de cohabitación tiene el doble de probabilidad de desembocar en una unión consensual que en una unión legal, es un dato de cierta significación, como lo es también la observación inversa de que el primer coito ocurre después del matrimonio legal con una frecuencia seis veces mayor que lo que ocurre en el caso de la unión consensual. Pero quizás aun más decidor es el hecho que de las 62 mujeres cuya primera experiencia sexual ocurrió en una relación de visita (y no en una unión de visita premarital), sólo 6 eventualmente contrajeron un matrimonio legal. Es decir, el matrimonio legal se asocia muy claramente a la condición de virginidad de la mujer; la actividad sexual previa, no importa cual sea su naturaleza o duración, disminuye significativamente las probabilidades de la muchacha de contraer un matrimonio con posterioridad.

Sin embargo, una interesante excepción a esta regla se observa en relación a la violación. Doce mujeres relataron que su primera expe-

^{70/} Roberto Henriques y otros autores han sostenido que la mayoría de las ceremonias legales representan la cimentación de uniones consensuales, mientras que Stycos y Back llegan a la conclusión de que "no emerge un cuadro claro con respecto al matrimonio. Por lo menos se puede afirmar que una historia de unión consensual no presenta una ventaja particular con respecto a la unión de visita en relación a la posibilidad de un matrimonio posterior". (Véase, Stycos y Back *op. cit.*, págs. 129-137 y las referencias allí citadas).

Cuadro 40

TIPO Y CIRCUNSTANCIAS DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Tipo y circunstancias	Nº de entrevistadas	Porcentaje
Antes del matrimonio, con marido eventual	35	10,4
Antes de unión consensual, con compañero eventual	57	16,9
Después del matrimonio	149	44,1
Después de unión consensual	23	6,8
Con un novio, con promesa de matrimonio o de unión no cumplida	17	5,0
Con un novio, sin mención a promesa de unión	45	13,3
Violada	12	3,6
<i>Total</i>	<i>338</i>	<i>100,0</i>

riencia sexual fue la resultante de una violación. (En varios otros casos, la muchacha obviamente no tenía idea en lo que se estaba metiendo la primera vez que fue seducida, pero estos casos no podían clasificarse inequívocamente como violación). De estas 12 mujeres, 7 eventualmente contrajeron matrimonio legal, lo que indica que la muchacha no pierde necesariamente su condición de "casadera" si puede demostrar en forma convincente que la pérdida de la virginidad fue completamente contra su voluntad.

Cuáles son exactamente los mecanismos de control o canales de información que se utilizan para establecer la virginidad de las novias en perspectiva es un asunto que no puede responderse adecuadamente con los datos presentes. Sin embargo, podemos sospechar por comentarios incidentales que los chismes del vecindario y de la familia sobre las prácticas de crianza de los hijos, la conducta durante el noviazgo, si la joven sale acompañada de una persona mayor para que la vigile, y la reputación general de la familia, ejercen una presión considerable sobre las jóvenes, como también el temor a la reacción del varón ofendido frente al engaño y las falsas apariencias. En este sentido, los siguientes comentarios hechos por una carioca nativa de 26 años explican bien el concepto de virginidad y de la condición de "casadera".

"Yo tenía 18 años y estaba trabajando como empleada doméstica. El vivía cerca y comenzamos a salir. A mí me abandonaron cuando niña. Mi madre era así, tenía un hijo y simplemente lo dejaba aban-

donado. Así es que comenzaron las habladurías, y se decía que yo ya no era virgen y que él iba a cometer un gran error. El supo de esto y para probar si realmente yo era virgen o no, me obligó a tener relaciones con él. Después de eso, él mismo comenzó a alistar los papeles y después nos casamos”.

Lo que se infiere de este caso, naturalmente, es que si el joven hubiese abrigado todavía alguna sospecha en cuanto a la inocencia sexual anterior de su novia, se habría sentido en libertad para abandonarla; puesto que no fue así, era su deber normal y moral casarse con la muchacha.

Sacando partido de estos antecedentes, podemos preguntar ahora ¿qué base tiene la hipótesis de que las uniones consensuales representan la consolidación de las uniones de visita y de que la mayoría de las uniones consensuales eventualmente llegan a ser uniones legales? En lo que respecta a la transición de uniones de visita a uniones consensuales, puede deducirse del cuadro 40 que las relaciones de visita, cuando constituyen la primera experiencia sexual de una joven tienen una probabilidad casi igual de desembocar en una simple separación o en una unión consensual. Más exactamente, las primeras relaciones sexuales en una unión de visita llevaron a un matrimonio legal en un 23 por ciento de los casos, a una unión consensual en un 37 por ciento de los casos y a la simple separación en el 40 por ciento restantes de ellos. En las uniones hechas con posterioridad, la separación es el resultado en sólo un 35 por ciento de las uniones de visita, pero esta baja cifra puede estar en función de la omisión de las uniones de visita intermedias. En todo caso, lo cierto es que prácticamente todas las uniones consensuales segundas o de orden posterior comenzaron como relaciones de visita. En resumen, si nos dedicamos a seguirle la pista al desarrollo de las uniones consensuales, descubrimos entonces que la mayoría de ellas comienzan como una relación de visita antes de convertirse en una unión consensual, pero esto no puede interpretarse como prueba de que la mayoría de las uniones de visita en realidad culminan en una unión consensual.

¿Qué se puede decir acerca de la evolución desde una unión de visita o consensual, o ambas, a una unión legal? Primero, puede inferirse del cuadro 40 que aproximadamente el 20 por ciento de todas las uniones legales de primer orden comienzan como uniones de visita; además, aunque no aparece en el cuadro, es interesante destacar que 6 de las 11 uniones legales de segundo o tercer orden se originaron en uniones de visita. Sin embargo, el paso de uniones consensuales a matrimonios legales es un fenómeno poco frecuente por lo menos en los primeros

años de la unión. Varias mujeres que estaban en uniones consensuales al tiempo de la entrevista, se quejaban de que no tenían derechos legales, y es evidente que la mayoría de las mujeres de esa categoría aspira a que su unión sea legalmente sancionada. Pero de hecho, este tipo de cambio sólo se dio en 21 casos, lo que representa el 10 por ciento de todas las uniones legales. En esas ocasiones, la ceremonia legal se realizó después de un promedio de 3,7 años de cohabitación. Esto sugeriría que varias uniones consensuales podrían eventualmente transformarse en matrimonios legales. Sin embargo, es más probable que la unión consensual se disuelva a que se consolide por lazos legales.

En resumen, es evidente que la consolidación de las uniones de visita o las consensuales es poco frecuente en la población encuestada. Por otro lado, es evidente que los hombres de clase baja generalmente consideran que sólo las mujeres vírgenes son aceptables para el matrimonio legal. Por tanto, las circunstancias en que una mujer inició su vida sexual pesan mucho en su eventual historia marital y cualquier experiencia de uniones anteriores limita seriamente la capacidad de contraer un matrimonio legal con otro hombre.

4. Satisfacción marital

Hasta el momento, la preocupación principal de este capítulo ha sido la de clasificar las entrevistadas en términos del número, tipo y secuencia de uniones que han experimentado. Pero igualmente fundamental para la comprensión de la dinámica de la planificación familiar es la pregunta: ¿qué patrones típicos de organización, distribución de obligaciones y satisfacción marital caracterizan a estas uniones? Las uniones maritales son sumamente variadas y cada unidad conyugal representa un complejo conjunto de patrones de organización, experiencias y relaciones complementarios de los roles: para proporcionar un cuadro válido de la vida marital se requeriría una detallada investigación de los muchos aspectos de la interacción familiar. Un análisis tan cabal queda fuera del alcance y de los requisitos prácticos de este estudio. No obstante, los párrafos siguientes proporcionan una breve descripción de algunos de los rasgos más sobresalientes de la organización marital que son pertinentes a la formación de la familia.

Se les hicieron varias preguntas a las entrevistadas respecto a la vida familiar, toma de decisiones, actividades recreativas, distribución de tareas, comunicación, actividad y satisfacción sexuales, problemas conyugales y evaluación de los esposos. La información recolectada de estas diversas preguntas fue evaluada en conjunto y las entrevistadas fueron clasificadas en una de tres categorías en un continuo que fluctuaba

entre satisfacción marital alta a baja.^{71/} En el apéndice E aparece una información más detallada sobre la elaboración de estas escalas y sobre la clasificación de las entrevistadas.

Por el momento, baste con observar que, en una perspectiva de tipo ideal, la unidad conyugal que se caracteriza por una elevada satisfacción marital es aquella en que los esposos demuestran un alto grado de acuerdo, comunicación, actividad conjunta y simpatía. En forma típica, las parejas de este grupo tienen la costumbre de discutir sus problemas en general y el problema del tamaño de la familia y de la planificación familiar en particular. Además, cualquier decisión importante con respecto a un futuro inmediato o mediano suele ser resultado de una deliberación cordial. Estas parejas también demuestran un alto grado de actividad conjunta con respecto a la crianza de los hijos, a las actividades de tiempo libre y a las tareas del hogar, cuando la ocasión así lo exige. Las relaciones sexuales son, por lo general, mutuamente satisfactorias y las entrevistadas de preferencia recalcan la importancia del sexo como fuerza de unión en el matrimonio. De importancia máxima es el hecho de que la entrevistada clasificada en este grupo no expresa ninguna queja seria en la evaluación de su cónyuge, ya sea como marido, amante o padre; por el contrario, reiteradamente demuestra que considera que su esposo es cariñoso, comprensivo, simpático y un marido por sobre el promedio.

En el otro extremo, las parejas clasificadas entre las que tienen un bajo nivel de satisfacción marital, generalmente expresan graves quejas en cuanto al valor de su cónyuge, como marido y como padre. Las unidades conyugales en esta categoría se caracterizan por un bajo grado de actividad conjunta, comunicación, acuerdo y simpatía. En forma típica, las entrevistadas se quejaron de que sus esposos pasaban tanto tiempo en la calle (ya sea en los bares o con otras mujeres) que les quedaba poco tiempo, deseos o energía para preocuparse de los problemas domésticos. Estas parejas rara vez discuten algunos de sus problemas y, si lo hacen, rara vez se ponen de acuerdo; rara vez pasan su tiempo libre juntos y el peso de la toma de decisiones con respecto al dinero, las compras o la planificación inevitablemente recae sólo en la

^{71/} Lo que se denomina "satisfacción marital" evidentemente es una medición compuesta resumida que exige una evaluación simultánea de diversas esferas de la actividad conyugal. Esta medición es análoga a las relaciones de papeles "conjuntos" versus "segregados" propuestas por Rainwater y a las dimensiones de acuerdo-comunicación-simpatía propuestas por Hill *et. al.* (Véase Rainwater: *Family design, op. cit.*, págs. 28-60, y Hill, Stycos y Back *op. cit.*, págs. 142-162). El presente objetivo, sin embargo, es menos analítico que descriptivo y no se ocupa tanto de las subdimensiones de la organización matrimonial como de la evaluación global de cada unión conyugal.

mujer. Con no poca frecuencia, las entrevistadas en estas uniones se quejan de que sus esposos prestan escasa atención a los embarazos y a los niños, considerando tales asuntos estrictamente como problemas de la mujer. En suma, las familias formadas por tales uniones son, en la práctica, unidades centradas en la mujer, en que el esposo trae al hogar parte de su sueldo a cambio del derecho a comer y dormir. Además de la dependencia económica, la actividad sexual es la principal fuerza de unión entre estas parejas porque "en eso consiste el matrimonio".

Como lo indicaría el nombre, las parejas clasificadas entre las que demuestran una satisfacción marital intermedia juntan aspectos de ambas categorías extremas o bien muestran patrones de interacción que no son lo suficientemente definidos para ser incluidos en cualquiera de los dos grupos extremos.

De acuerdo a estas características, como se muestra en el cuadro 41, las uniones conyugales que exhiben un bajo grado de satisfacción marital representan casi el doble de las que exhiben un grado alto. Es decir, alrededor del 40 por ciento de todas las entrevistadas en uniones conyugales expresaron que estaban muy descontentas con su pareja y con el estado actual de su unión marital. En muchos de estos casos, puede observarse que, si no fuera por problemas de dependencia económica, la unión ya se habría disuelto. También es interesante observar en el cuadro 41 que la satisfacción marital es más alta en las primeras uniones, particularmente en las uniones legales, y luego decrece paulatinamente con las uniones de orden posterior.

Cuadro 41

SATISFACCION MARITAL DE LAS MUJERES EN UNIONES
DE COHABITACION, POR TIPO Y ORDEN DE UNION

(En porcentajes)

Tipo y orden de unión	Satisfacción marital			
	Elevada	Intermedia	Baja	(N= 100 por ciento) Total
Primera legal	28,3	38,8	32,9	152
Primera consensual	20,8	33,3	45,9	48
Segunda unión	15,1	38,3	46,6	73
Tercera unión o más	20,8	25,0	54,2	24
<i>Total</i>	23,2	36,7	40,1	297

Cuadro 42

SATISFACCION MARITAL DE LAS MUJERES EN UNIONES
DE COHABITACION, POR CONDICION SOCIO-ECONOMICA

(En porcentajes)

Condición socio-económica	Satisfacción marital			(N= 100 por ciento) Total
	Elevada	Intermedia	Baja	
Baja - baja	10,5	37,7	51,8	85
Baja - media	24,5	36,1	39,4	155
Baja - alta	38,6	38,6	22,8	57
<i>Total</i>	23,2	36,7	40,1	297

En el cuadro 42 se muestra que la satisfacción marital también varía significativamente con la condición socio-económica; mientras más ventajosa es la posición socio-económica de la entrevistada, mayor es la probabilidad de que tenga una unión satisfactoria. Este resultado era de esperarse en vista de los múltiples problemas que trae la pobreza.

Examinemos ahora en mayor detalle uno de los aspectos más significativos que entraron en la elaboración de la escala de satisfacción marital, vale decir, la evaluación directa por parte de la entrevistada de su pareja marital como marido y como padre. Esta pregunta es en cierto sentido una medida resumen de la satisfacción marital y además proporciona una comprensión de las esperanzas maritales de las mujeres de las mujeres de clase baja y de sus formas típicas de organización marital.

Cuando se les preguntó "Si compara a su marido con los maridos de otras mujeres, ¿diría que el suyo es (muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo) como esposo?, ¿como padre?", la primera reacción de la mayoría de las mujeres fue catalogar a su esposo como un buen o muy buen marido y padre. En verdad, las entrevistadoras en un comienzo encontraron que era curioso que las mismas mujeres que anteriormente habían criticado acerbamente a sus maridos en diversos aspectos, cuando se les pedía a boca de jarro una evaluación de sus esposos, a menudo contestaban que era buen marido y muy buen padre para sus hijos. En algunos casos, la entrevistada se había quejado anteriormente de que el esposo no se ocupaba de los asuntos domésticos, que pasaba demasiado tiempo en la calle y gastaba demasiado dinero en bebida o en mujeres, sin embargo luego procedía a evaluar a su marido como

esposo y como padre por sobre lo corriente.^{72/} La clave para explicar estas discrepancias evidentemente se halla en la manera como se planteó la pregunta. En verdad, a las entrevistadas se les pidió que hicieran una evaluación comparativa y puesto que tienen poco aprecio por los maridos en general, tendían a juzgar a su propia pareja como mejor que el promedio, a pesar de los múltiples defectos de ésta.

De que las mujeres de clase baja por lo general no tienen grandes expectativas respecto a la perfección de los maridos, es corroborado adicionalmente por un análisis de la justificación que dan para la evaluación que hacen de sus esposos. Cuando se les preguntó a las entrevistadas: "¿Por qué dice usted que él es un ... marido y un ... padre? ¿Cuáles son sus cualidades y sus defectos?", la mayor parte de las mujeres tendía a formular sus respuestas en términos negativos o bien recalcaban las cualidades de sus esposos como proveedores y mantenedores de la familia. Es decir, muchas mujeres en general están contentas con sus esposos si no beben, no van tras otras mujeres o no les pegan a sus esposas e hijos; a su vez, incluso estos defectos pueden ser perdonados durante la evaluación directa si el esposo es considerado como un proveedor estable. Sólo en raras oportunidades se formulan las respuestas en términos de las cualidades del esposo (o falta de ellas) como amigo y compañero. Testimonio de esto, por ejemplo, son las siguientes explicaciones típicas:

- "Bueno. Es bueno porque nunca me golpea. Los maridos de mis amigas les dan de todo a sus esposas, pero siempre las están golpeando. El mío no trae cosas a la casa, pero por lo menos no me pega. Su único defecto es que no le interesa nada de lo que sucede en la casa".

- "Es un marido regular y un muy buen padre ..., el único problema con él es que es estúpido, ignorante y bruto ... No le puedo encontrar ninguna cualidad ... Digo que es regular en lugar de malo porque sé que hay un montón de maridos peores. Por lo menos no deja que me falte nada. Lo que necesito, siempre encuentra la manera de obtenerlo".

- "Bueno ... Me da toda la plata, nunca nos falta nada, le gustan los niños así es que me tiene que gustar. Seguro que pecamos, pero todas las parejas lo hacen ... No tiene ningún defecto, fuera de que toma un poco. A veces se quedaba afuera toda la noche. A veces se

^{72/} En uno de los casos que recordamos, el marido desaparecía cada vez que su esposa quedaba embarazada y sólo volvía después que nacía la criatura; sin embargo, la entrevistada lo calificaba como un buen marido porque su carácter hacía fácil avenirse con él.

queda en la calle conversando con sus amigos y sólo llega a casa a las dos de la mañana. Como padre es muy bueno, le gustan mucho los niños; cuando están enfermos, casi se vuelve loco, así es que no puede ser entero malo, ¿no es cierto? ”

-“Muy bueno. Mis vecinas siempre lo están alabando. Les gustaría que sus maridos fuesen como el mío. No me golpea. No se la pasa quejando “¿por qué no hiciste esto o lo de más allá?” Los maridos de otras mujeres toman y cuando llegan a la casa hacen escándalo y golpean a sus esposas”.

-“Buen marido y muy buen padre. No me maltrata, no pelea, no bebe y no me golpea. Trata bien a los niños y es bueno con ellos”.

En resumen, las mujeres de clase baja opinan que los maridos en general beben demasiado, andan detrás de otras mujeres y periódicamente maltratan a sus esposas e hijos, o bien contribuyen adecuadamente a la mantención de sus familias. Por consiguiente, si sus propios maridos no hacen ninguna de estas cosas y, además, muestran algo de interés en lo que sucede en el hogar, entonces es probable que las entrevistadas se consideren extremadamente afortunadas. Por otra parte, están dispuestas a perdonar defectos tales como la bebida y el andar tras otras mujeres o la desatención de los problemas domésticos si el esposo trae regularmente al hogar suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de su familia.

5. Relaciones maritales y sexuales

Siguiendo con nuestro análisis de los tipos y características de las uniones maritales de clase baja llegamos a la investigación de una preocupación que es fundamental para la comprensión tanto de la vida marital como de la planificación familiar, vale decir, la conducta sexual. Como lo dijera tan propiamente Rainwater: “La conducta sexual en el matrimonio puede considerarse a la vez una expresión y una condicionadora del carácter general de la relación marital”.^{73/} A esto podríamos agregar que, de todas las variables que han sido discutidas aquí, las relaciones sexuales obviamente producen el impacto más inmediato sobre la fecundidad o el control de la fecundidad. La presente sección se ocupará por lo tanto de una discusión de las actitudes hacia la actividad sexual, los niveles de interés sexual, las actitudes hacia la función del acto sexual y la frecuencia del coito. Durante la siguiente discusión, sin embargo, no estaría de más tener presente que ‘los sentimientos individuales acerca de las relaciones sexuales son extremadamente

^{73/} Rainwater: *Family Design*, op. cit. , pág. 61.

complejos y a menudo contradictorios. No se puede esperar que los datos de las entrevistas del tipo recolectado en nuestro estudio puedan capturar la cabal complejidad de la forma como sienten y se comportan sexualmente las entrevistadas".^{74/}

Primero, con respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales, es evidente que las investigaciones en este campo pueden, cuando más, ser aproximaciones, en vista de la irregularidad que normalmente caracteriza a la actividad sexual. Esto es especialmente cierto respecto a las uniones de visita que son particularmente susceptibles a la inconstancia y a las separaciones temporales, por lo que en estos casos se han utilizado a menudo estimaciones y aproximaciones.^{75/} Sin embargo, es de cierto interés observar en el cuadro 43 que la frecuencia modal declarada de las relaciones sexuales es dos o tres veces por semana entre las mujeres de clase baja en uniones de cohabitación y una vez por semana o menos entre las mujeres en uniones de visita.^{76/} Algo así como un 23 por ciento de todas las mujeres afirmaron que normalmente tenían relaciones sexuales cada dos días o menos y un 14 por ciento tenía relaciones menos de una vez a la semana.

¿Cómo se comparan estas cifras con los patrones de conducta sexual en otras zonas? Kinsey informó que la frecuencia semanal mediana de las relaciones sexuales entre las mujeres norteamericanas era de 2,2.^{77/} En Jamaica, Stycos y Back encontraron que la frecuencia del acto sexual variaba enormemente según el orden y el tipo de unión marital; para todas las mujeres de esa muestra, sin embargo, la frecuencia media de las relaciones sexuales alcanzó aproximadamente 7,8 veces por mes ó 1,8 vez a la semana.^{78/} Aunque los datos presentados por Rainwater sobre las mujeres norteamericanas no están formulados en términos que pudieran permitir el cálculo de la frecuencia semanal media por

^{74/} *Ibid.*, págs. 61-62.

^{75/} Además, unas cinco mujeres habían participado en una sola relación de visita breve y habían tenido relaciones sexuales cinco o menos veces. Una entrevistada embarazada sostenía que ella todavía era virgen, puesto que la impregnación había ocurrido durante los juegos precopulativos sin penetración verdadera. Todas estas mujeres se incluyen en la categoría de "sin respuesta".

^{76/} Cabe observar que los datos se refieren a períodos normales de actividad sexual durante la unión más reciente. En los casos de mujeres que actualmente no viven en unión marital, los datos se refieren a la última unión en que participaron.

^{77/} A. Kinsey et. al.: *Sexual Behaviour in the Human Female*, W.B. Saunders, Filadelfia, 1953, pág. 394.

^{78/} Stycos y Back, *op. cit.*. Cifras aproximadas calculadas según el Cuadro 7.4, pág. 157.

Cuadro 43

FRECUENCIA DECLARADA DE RELACIONES SEXUALES, POR
TIPO DE UNION MARITAL MAS RECIENTE

(En porcentajes)

Frecuencia	Tipo de unión		
	De cohabitación	De visita	Total
Todos los días	8,4	3,3	8,0
Cada 2 días, o, 3-4 veces por semana	15,9	-	14,5
2-3 veces por semana	54,2	16,7	50,9
Una vez por semana	7,8	20,0	8,9
Menos de una vez por semana	12,7	30,0	14,2
Sin respuesta	1,0	30,0	3,5
<i>Total (N = 100 por ciento)</i>	<i>308,0</i>	<i>30,0</i>	<i>338,0</i>

grupos de edades, puede no obstante afirmarse que esta media ciertamente es inferior a 1,5.^{79/}

En la presente muestra, la frecuencia copulativa normal tenía un promedio de 2,4 por semana en la muestra en general y de 2,5 por semana entre las mujeres que en ese momento tenían una unión marital de cohabitación. Aunque las diferencias metodológicas entre estos estudios diferentes nos previenen en contra de sacar conclusiones definitivas, parecería que nuestras entrevistadas demuestran una actividad copulativa más frecuente que cualquiera de los grupos antes mencionados. Dada la posible relación entre la frecuencia de las relaciones sexuales y la probabilidad de la concepción, este hecho podría ejercer una influencia considerable sobre las tasas de fecundidad.

En lo que respecta a las actitudes hacia las relaciones sexuales, es evidente que los individuos varían grandemente en sus apreciaciones del coito y del papel que juega dentro del marco de su unión marital. Las respuestas a estas preguntas fluctúan desde la aceptación del sexo como la expresión central de amor conyugal hasta un rechazo total del acto sexual en sí mismo junto con una negación de su importancia para la estabilidad y el funcionamiento de la unidad conyugal. En términos proporcionados, sin embargo, es evidente, de acuerdo al cuadro 44, que la abrumadora mayoría de las mujeres consideran la actividad sexual como un componente esencial, si es que no la *raison d'être* de las unio-

^{79/} Rainwater: *Family Design*, op. cit., Cuadro 3.9, pág. 101.

nes maritales, sin tomar en cuenta su nivel personal de gratificación sexual.^{80/} No obstante, también es evidente que, según este cuadro, el número mayor de entrevistadas evalúan las relaciones sexuales como un medio de evitar que el varón busque su satisfacción sexual fuera del matrimonio o como un medio de proporcionar un alivio psicofisiológico o placer más bien que en términos de efecto o intercambio socio-emocional.^{81/}

Podemos resumir aquí algunos comentarios típicos como un medio de ilustrar los datos resumidos en el cuadro 44.

a) *Importantes para evitar que el marido se vaya a descarrilar* - "Es muy importante. Si la mujer no se da al marido, él termina por buscarse otras mujeres en la calle. Para mí no es importante, simplemente es para controlar a mi hombre porque yo no lo paso bien en absoluto. Tenerlas o no tenerlas me da exactamente igual".

Cuadro 44

ACTITUDES HACIA LA IMPORTANCIA Y FUNCION DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LAS UNIONES MARITALES

Actitudes	Nº de entrevistadas	Porcentaje
1. El sexo es importante o muy importante	299	88,4
- para impedir promiscuidad masculina	91	26,9
- para satisfacer una necesidad o deseo físico	81	24,0
- para fomentar el amor y consolidar la unión	55	16,3
- para eso es el matrimonio	38	11,2
- otras	34	10,0
2. El sexo no es importante	32	9,5
- me podría pasar sin él	21	6,2
- otras	11	3,3
3. Sin respuesta	7	2,1
<i>Total</i>	<i>338</i>	<i>100,0</i>

^{80/} Los datos en el Cuadro 45 están tabulados en términos de las principales actitudes expresadas respecto a las relaciones sexuales. En los casos en que se se dieron diversas actitudes, se hizo una evaluación con respecto a cuál era la que predominaba.

^{81/} Terminología tomada de Rainwater: *Family Design*, op. cit., págs. 110-117. En comparación con los datos de Rainwater, es evidente que la muestra presente da relativamente poco crédito a las funciones emocionales de las relaciones sexuales.

-“Muy importantes. Si el hombre no la busca a una en más de quince días, una comienza a tener sospechas, y se empieza a hacer la idea de que anda con otra mujer. Cuando el mío se me fue al Norte por seis meses, me dijo que no había tenido ninguna otra mujer, pero no lo creo”.

b) Importantes por la necesidad física

-“Pienso que es importante porque es algo de la naturaleza misma. A veces la mujer se pone bien nerviosa. Yo mismo era así y el doctor me dijo que sólo me mejoraría cuando me casara. Y la verdad es que nunca más me puse nerviosa o sin poder dormir de noche”.

-“Pienso que es muy importante. Cuando una muchacha es soltera, no siente ninguna necesidad ni nada. Pero después que se casa, entonces lo necesita, entonces es su organismo que lo necesita. El hombre soltero ya se satisfacía con otras mujeres. Después del matrimonio, los dos tienen que darse satisfacción uno al otro”.

c) Importante para el amor y la unión

-“Pienso que son muy importantes. Porque cuando uno pierde interés en el otro en ese sentido, no hay más afinidad. Viven juntos por vivir o por costumbre, pero no tienen una amistad verdadera”.

-“Muy importantes. Son la maravilla del mundo y unen a la pareja”.

d) Importantes porque de eso se trata el matrimonio

-“Pienso que son importantes. Si no fuera por eso, la gente no se casaría. ¿Casarse para qué? ¿Para estar sentados mirándose? Si la gente se casa, saben que es para eso”.

-“No se puede pasar uno sin eso. Cuando la gente se casa, es para eso; pasa lo mismo para el hombre y para la mujer, si no fuera por las relaciones no se casarían”.

e) Sin importancia

-“No. A mí me da igual. Tiene otras mujeres por fuera y casi nunca me busca a mí y yo no le pregunto por qué”.

-“No creo que tengan importancia porque a veces me paso un mes sin relaciones y no siento nada. Hay mujeres que dicen que se ponen todas nerviosas, pero pienso que inventan, porque lo que es yo, no siento ni una cosa. Puedo pasarme un montón de tiempo sin eso. A mi marido tampoco le importan mucho. A veces se pasa más de un mes sin buscarme, así es que no debe echarlas mucho de menos”.

Como podría esperarse, al correlacionarse las actitudes hacia la importancia y funciones de la actividad sexual con la frecuencia del coito, se encuentra que las mujeres que consideran poco importantes las relaciones sexuales las tienen con una frecuencia significativamente menor. Esta fuerte asociación entre las actitudes negativas hacia el sexo y la

poca frecuencia de las relaciones podría sugerir que estas mujeres pueden ejercer una influencia moderadora sobre la cantidad de actividad sexual que tiene la pareja o bien que pueden ser más tolerantes frente al hecho de que sus maridos busquen una gratificación extramarital.

Entre las mujeres que consideran que las relaciones son importantes en las uniones conyugales, la frecuencia de las relaciones no parece variar uniformemente con la función principal que se les atribuye a las relaciones sexuales, excepto que las mujeres que recalcan la necesidad física y la función de satisfacción de la actividad sexual incluyen un número desproporcionado que tiene relaciones todos los días.

Frente a la pregunta de si las relaciones sexuales eran más satisfactorias para el hombre o para la mujer, un 65 por ciento de las mujeres respondió que el nivel de goce era igual para los dos sexos. Muchas de éstas, sin embargo, expresaron esta opinión en términos normativos, sugiriendo que este goce mutuo es un ideal que no siempre se alcanza en la práctica. Las mujeres que mencionan que las relaciones sexuales son importantes para fortalecer el amor y la unión entre los esposos están representadas en forma desproporcionada en el grupo que dice tener un nivel igual de goce, como son las mujeres que ponen de relieve la necesidad de satisfacer las necesidades físicas. Un 32 por ciento de todas las entrevistadas afirmó que los hombres gozan más con el sexo; estas mujeres con frecuencia sostienen que, puesto que los hombres son, por lo general, los iniciadores de la actividad sexual, deben gozarse más. Finalmente, sólo 7 mujeres eran de opinión que las mujeres gozan más con el sexo que los varones.

¿En qué forma afecta el embarazo a las relaciones sexuales? Inicialmente, puede informarse que casi la mitad de todas las entrevistadas declararon que habitualmente se preocupaban de la posibilidad de un embarazo durante las relaciones sexuales. Este grupo incluye un número desproporcionado de mujeres que esperan su tercer niño o más, así como de mujeres que tienen una unión de visita o uniones de cohabitación inestables. Varias entrevistadas en este grupo admitieron que el temor al embarazo ponía en serio peligro el placer en las relaciones sexuales, a pesar del hecho de que estaban usando algún tipo de anti-concepción. La manera como el temor del embarazo afecta el goce de las relaciones sexuales lo plantea sucintamente la entrevistada que respondió lo siguiente: "Sí, me preocupó del embarazo durante las relaciones. Sabe, cuando tomaba las píldoras, incluso hasta encontraba más fácil acostarme con él porque no estaba preocupada. Creo que si no fuera por el miedo al embarazo, hasta me podría llegar a gustar la cosa".

De las mujeres que declararon que las angustias acerca de un posible

embarazo no interferían normalmente con la satisfacción sexual, aproximadamente un 70 por ciento atribuía esto al hecho de que no les importaba otro embarazo, o bien que confiaban en la anticoncepción. La mayoría de las otras expresaron actitudes fatalistas, tales como: "No hay nada que hacerle de todos modos, así es que ¿para qué preocuparse? "

Dado el hecho que una proporción substancial de todas las informantes declararon que, por lo general, durante las relaciones sexuales tenían temor a quedar embarazadas, podría esperarse que el nivel de goce de las relaciones sexuales podría aumentar entre estas mujeres una vez confirmado el embarazo. Lo cierto es que sólo un 10 por ciento de todas las entrevistadas informaron acerca de un mayor goce de las relaciones durante el embarazo; a la inversa, un 60 por ciento de todas las entrevistadas expresaron la noción de que las incomodidades físicas o psicológicas, o ambas, ocasionadas por el embarazo efectivamente servían para disminuir el goce sexual. Las restantes no encontraron ninguna alteración con el embarazo.

II. PATRONES MARITALES, PLANIFICACION FAMILIAR Y FECUNDIDAD

La sección precedente de este capítulo ha estado ocupada de reconstituir los patrones típicos de apareamiento y de describir algunas de las principales características de la interacción marital entre las mujeres de clase baja de la muestra. En las páginas restantes, nos dedicaremos a investigar la manera como estos patrones de conducta marital afectan la fecundidad y la planificación familiar.

1. Patrones maritales y planificación familiar

Cuando se delinearon los estudios de casos en la primera parte, se sugirió la existencia de significativas diferencias entre el número y tipo de unión experimentada por las entrevistadas en las diversas categorías de planificación familiar. A través de los cuadros 45 y 46, tenemos ahora la oportunidad de examinar esta relación en forma sistemática. Lo más sobresaliente en estos cuadros es que las mujeres que han recurrido al aborto por lo menos una vez no sólo muestran una propensión considerablemente más alta a contraer uniones múltiples, sino que, además, son el único grupo que invierte la jerarquía del tipo de unión que prevalece en la muestra en general (es decir, han incurrido en uniones de visita con mayor frecuencia y en uniones legales con menos frecuencia). Estos dos patrones, naturalmente, están íntimamente relacionados y, en vista

Cuadro 45

NUMERO DE UNIONES MARITALES,
POR STATUS DE PLANIFICACION

(En porcentajes)

Status de planificación	Número de uniones			Total mujeres (N= 100 por ciento)	Nº promedio de uniones por entrevistada
	1	2	3 o más		
Planificación a través de la anticoncepción solamente	69,3	27,7	3,0	101	1,36
Planificación a través del aborto, o a través del aborto y la anticoncepción	42,1	30,3	27,6	76	2,20
No-planificadoras temporales	95,7	4,3	—	46	1,04
Otras no-planificadoras	62,6	29,6	7,8	115	1,56
<i>Total</i>	<i>64,5</i>	<i>25,7</i>	<i>9,8</i>	<i>338</i>	<i>1,57</i>

Cuadro 46

TIPO DE UNIONES MARITALES, POR STATUS DE PLANIFICACION

(Número promedio de uniones de cada tipo por entrevistada)

Status de planificación	Tipo de unión			
	Legal	Consensual	De visita	Total
Planificación a través de la anticoncepción	0,59	0,48	0,19	1,36
Planificación a través del aborto o a través del aborto y la anticoncepción	0,53	0,72	0,95	2,20
No-planificadoras temporales	0,76	0,24	0,04	1,04
Otras no-planificadoras	0,50	0,63	0,43	1,56
<i>Total</i>	<i>0,60</i>	<i>0,55</i>	<i>0,42</i>	<i>1,57</i>

de los datos anteriores sobre la etiología del aborto, su íntima interdependencia con el aborto hace innecesarios mayores comentarios.

En el extremo opuesto, las no-planificadoras temporales han intervenido en el número menor de uniones y tienen la mayor probabilidad

de haber contraído sólo una unión legal. Tales patrones eran de esperarse, puesto que, por definición, las no-planificadoras temporales sólo recientemente han iniciado su historia marital y se ha demostrado que las primeras uniones son predominantemente del tipo legal. Las mujeres que han intentado planificar el tamaño y/o el espaciamiento de sus familias a través de la anticoncepción solamente tienen una tasa más baja de uniones maritales que otras no-planificadoras (es decir, las no-planificadoras involuntarias, las no-planificadoras voluntarias y las mujeres subfértiles). En términos del tipo y número de uniones, las otras no-planificadoras se hallan prácticamente a mitad de camino entre las no-planificadoras temporales y las mujeres que han recurrido al aborto; resulta interesante que las mujeres en esta categoría de otras no-planificadoras son las únicas que han participado en uniones consensuales con mayor frecuencia que en uniones ya sea legales o de visita.

En resumen, el número y el tipo de uniones maritales se halla significativamente relacionado al hecho que una encuestada haya intentado o no usar alguna forma de control de la natalidad y aun más significativamente si este intento se hizo en términos del aborto o de la anticoncepción. Pero quizás de importancia todavía mayor para la comprensión de la dinámica de la planificación familiar son las preguntas: ¿Cómo afecta el estado civil a la efectividad de los esfuerzos de planificación familiar y cuál es su influencia en la distribución en el tiempo de estos esfuerzos? Para responder a estas preguntas, será útil examinar en forma separada cada categoría de planificación a fin de distinguir las tendencias importantes. (Véase cuadro 47).

Primero, llama la atención que entre las 13 mujeres clasificadas como usuarias efectivas tempranas de la anticoncepción, todas han experimentado sólo una unión duradera. Diez de las 13 están legalmente casadas y las 3 restantes viven en uniones consensuales duraderas. Todas estas mujeres han sido por lo tanto verdaderamente monógamas y, además, sólo dos de ellas han tenido actividad sexual premarital con su eventual marido o compañero. Las usuarias tempranas parcialmente efectivas incluyen un número algo más pequeño que ha experimentado sólo una unión legal o consensual y, en forma concomitante, una proporción substancial que ha experimentado dos uniones. Las proporciones en los diversos grupos maritales de las usuarias no exitosas son similares a las de la categoría anterior, excepto que encontramos aquí, por primera vez, mujeres que ahora están separadas de su primera y única unión.

Volviendo a las usuarias tardías de la anticoncepción, si omitimos la categoría de las planificadoras efectivas (que contiene sólo a dos encues-

tadas) observamos que las usuarias no exitosas tienen una proporción sustancialmente mayor de uniones múltiples que las planificadoras parcialmente efectivas. Las últimas, a su vez, incluyen un gran número que ha experimentado sólo una unión, pero esto se ve compensado por la aparición de uniones terceras o de orden superior.

Considerando entonces en conjunto, a las usuarias de anticonceptivos, observamos una relación bastante definida entre el tipo de unión y la estabilidad marital por una parte, y entre la secuencia temporal y la efectividad del uso anticonceptivo por otra. Comenzando con las usuarias efectivas tempranas y siguiendo hasta llegar a las

Cuzáro 47

SECUENCIA TEMPORAL Y EXITO DE LOS INTENTOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD, POR TIPO DE CONTROL DE NATALIDAD Y POR TIPO, NUMERO Y DURACION DE LAS UNIONES MARITALES

Status de planificación	Tipo y número de uniones					Promedio de uniones	Duración media de todas las uniones
	Porcentaje						
	Una unión legal	Una unión consensual	Separada de una unión	Dos uniones	Tres uniones o más		
I. A través de la anticoncepción							
A. Temprana							
1. Exitosas	77	23	—	—	—	1,00	6,6
2. Parcialmente exitosas	58	10	—	32	—	1,32	4,9
3. No exitosas	56	12	12	20	—	1,20	4,3
B. Tardía							
1. Exitosas	50	—	—	50	—	1,50	7,7
2. Parcialmente exitosas	67	7	—	20	7	1,40	5,6
3. No exitosas	33	7	4	48	7	1,67	4,9
II. A través del aborto o aborto y anticoncepción							
A. Temprana							
1. Exitosas	14	21	—	7	57	3,50	1,8
2. Parcialmente exitosas	29	4	4	43	21	2,00	3,1
3. No exitosas	2	29	—	29	21	1,57	3,1
B. Tardía							
1. Exitosas	50	—	—	50	—	1,50	6,1
2. Parcialmente exitosas	50	—	—	33	17	1,67	6,1
3. No exitosas	30	20	—	30	20	2,20	4,7

usuarias tardías no exitosas, encontramos una progresión clara desde las uniones estables, preferentemente legales, hacia las uniones múltiples e inestables. Estos patrones deben permanecer tentativos en vista del número relativamente pequeño de casos en cada categoría, pero son lo suficientemente sugestivos para merecer una exploración en más detalle.

¿Qué validez tienen estas conclusiones para las mujeres que han recurrido al aborto para controlar el tamaño y el espaciamiento de su prole? En forma por lo demás interesante, ocurre exactamente lo contrario que en el patrón anteriormente demostrado, por lo menos entre las planificadoras tempranas. Las mujeres que han sido completamente efectivas en la limitación de sus familias utilizando el aborto (con o sin anticoncepción) han tenido el número promedio más alto de uniones de toda la muestra y 8 de las 14 mujeres han participado en por lo menos tres uniones maritales. Las planificadoras parcialmente efectivas a través del aborto han tenido un promedio de por lo menos dos uniones por entrevistada y las planificadoras no exitosas algo más de una unión y media por entrevistada. Las planificadoras tardías a través del aborto reafirman el patrón que fue característico de las usuarias de anticonceptivos, es decir, que mientras menos efectiva es la categoría de planificación, más alto es el promedio de uniones.

Tómados en forma colectiva, estos datos sugerirían entonces que la efectividad de la planificación familiar es afectada en forma diferente por los patrones de apareamiento entre las usuarias de anticonceptivos y entre las mujeres que han recurrido al aborto por lo menos una vez. Puede sugerirse que, según el cuadro 47, el uso temprano efectivo de la anticoncepción exige un grado considerable de estabilidad marital para que las metas de tamaño de la familia puedan fijarse y seguirse consistentemente a lo largo del curso de la historia marital de la entrevistada. El hecho es que el uso prolongado efectivo de la mayoría de los métodos anticonceptivos disponibles exige concordancia y refuerzo mutuo entre los cónyuges respecto a las metas de tamaño de la familia, como también su acuerdo y cooperación respecto al uso de los medios para alcanzar estas metas. Nuestra discusión anterior sobre la efectividad práctica de los métodos anticonceptivos demostró que el participante masculino debe, tarde o temprano, de una forma u otra, participar activamente en los esfuerzos de planificación familiar de su esposa si éstos han de tener alguna posibilidad de éxito.

Dentro de los patrones de clase baja en el uso de anticonceptivos, la cooperación del marido es esencial, incluso en el caso de los métodos

femeninos modernos, puesto que debe, como mínimo, estar de acuerdo en permitir que su esposa practique la anticoncepción y, dado que muy pocas de nuestras entrevistadas son independientes económicamente, proporcionarles los fondos suficientes para adquirir los elementos necesarios. Además, en un contexto en el cual el conocimiento de los métodos anticonceptivos por lo general es transmitido verbalmente, junto con el conocimiento acerca de sus consecuencias reales o imaginarias para la salud de la usuaria, el varón puede desempeñar un papel decisivo incluso en el caso de los métodos femeninos.

Esta afirmación puede ejemplificarse con referencia al uso de la píldora. Teóricamente, los anticonceptivos orales pueden usarse sin la cooperación masculina o, incluso, sin que el varón se percate. En la práctica, sin embargo, la usuaria potencial debe en primer lugar adquirir un conocimiento de la píldora y los maridos son una fuente inicial estratégica, si es que no numéricamente importante de información. En segundo lugar, debe encontrar fondos suficientes para comprar las píldoras y seguir comprándolas todos los meses; en el contexto de los escasos recursos económicos, difícilmente puede hacer esto sin el conocimiento y consentimiento del esposo. Finalmente, si, como suele suceder, la usuaria encuentra dificultades en continuar usando la píldora a causa de sus efectos secundarios negativos, o si trata de alternar la píldora con otro método por intervalos periódicos, requerirá la cooperación y simpatía de su esposo para reanudar el uso de la píldora o para adoptar eficazmente un método alternativo.

Si la estabilidad marital se halla directamente ligada a la distribución en el tiempo y a la efectividad del uso de anticonceptivos, ¿qué explica la relación positiva entre la tasa de disolución matrimonial y la efectividad de planificación entre las mujeres que han confiado, por lo menos en parte, en el aborto?

Quizás la solución a este problema resida en el hecho de que el aborto es una medida absoluta, del todo o nada, que requiere un esfuerzo periódico, impulsivo de control de la natalidad más bien que un esfuerzo sostenido, cotidiano, como en el caso de la anticoncepción. Así, una mujer que evita un nacimiento indeseado a través del aborto inducido no necesita confiar en un grado tan alto en la cooperación prolongada de su cónyuge; lo que sí necesita es una motivación y una decisión suficientes para someterse a la práctica bastante peligrosa del aborto. Por consiguiente, la capacidad para practicar el control de la natalidad en forma efectiva a través del aborto se convierte más bien en un atributo

individual que en un atributo derivado de un sistema de organización conyugal.^{82/}

Además, cabe recordar que la misma inestabilidad de una unión marital a menudo le da a la mujer suficiente decisión para realizar un aborto. Evidentemente, la inestabilidad marital también puede proporcionar una motivación lo suficientemente fuerte para la anticoncepción, pero una solución semejante a largo plazo es, a la luz de nuestra discusión anterior, en gran parte incompatible con la incapacidad de la pareja para cooperar en forma efectiva respecto a la anticoncepción. Además, el varón miembro de una unión inestable es partidario del aborto, ya sea porque lo considera como un medio de evitar la responsabilidad de la paternidad o como un método fácil (para él) de control de la natalidad.

Como evidencia en pro de la hipótesis de la determinación individual, ofrecida aquí como explicación para la efectividad diferencial en la planificación entre las mujeres que han recurrido al aborto, es significativo que el número promedio de abortos realizados por las entrevistadas disminuye gradualmente desde 4,56 entre las planificadoras efectivas tempranas hasta 1,70 entre las planificadoras no exitosas tardías.^{83/} Por consiguiente, es manifiesto que las planificadoras más efectivas son aquellas mujeres que comienzan por usar el aborto en una etapa temprana de su historia marital y continúan usando el método en forma reiterada a lo largo de diversas uniones.

En suma, la estabilidad marital, así como la comunicación y el acuerdo entre cónyuges con respecto a las metas de tamaño de la familia, aparecerían como esenciales para el uso prolongado y efectivo de la anticoncepción. Como contraste, este requisito previo aparece como irrelevante en el caso de la planificación a través del aborto, ya que éste es contingente más bien a los atributos individuales que a los maritales.

^{82/} Es cierto que la entrevistada puede tener que depender de su cónyuge por lo menos para los fondos con los cuales comprar los elementos abortivos o pagar los honorarios del abortero. Sin embargo, es un hecho paradójico que muchas mujeres en esta muestra pueden reunir con más facilidad una suma global para un aborto que encontrar consistentemente el dinero suficiente para una inversión pequeña constante para los materiales anticonceptivos.

^{83/} El número promedio de abortos realizados por cada entrevistada disminuye desde 4,56 entre las planificadoras tempranas efectivas, a 2,14 entre las planificadoras tempranas parcialmente efectivas, a 1,86 entre las planificadoras tempranas inefectivas; las planificadoras tardías efectivas tienen un aborto por entrevistada; las tardías parcialmente efectivas, 2,33, y las tardías no exitosas, 1,70. Por lo tanto, las únicas incongruencias en la tendencia constantemente descendente se relaciona con las categorías tardía efectiva y tardía parcialmente efectiva, que contienen un total de sólo 12 entrevistadas.

Para comprobar aun más la validez de este razonamiento, podemos examinar el grado de satisfacción marital característico de cada categoría de planificadoras que se han basado únicamente en la anticoncepción y las que han hecho uso por lo menos parcial del aborto. En verdad, el acuerdo y la cooperación entre los cónyuges es poco probable que persista si es que se limita al sector de la planificación familiar, y por eso esperaríamos que la estabilidad marital de las usuarias efectivas de anticonceptivos reflejaría y descansaría en una base más amplia de satisfacción marital. Por el mismo motivo, puesto que la efectividad de la planificación a través del aborto se considera como independiente de la organización marital, podemos prever que la satisfacción marital no variará sistemáticamente con la secuencia temporal y con la efectividad de los esfuerzos de planificación familiar en esta categoría.

Los cuadros 48 y 49 parecerían confirmar esta relación esperada. Como se puede apreciar en el cuadro 48, no sólo la satisfacción marital varía en forma significativa con la efectividad del uso de los anticonceptivos, sino que también con la distribución en el tiempo de los intentos anticonceptivos. Si eliminamos a las 2 entrevistadas en la categoría de usuarias efectivas tardías, observamos una clara tendencia desde la más alta satisfacción marital entre las usuarias efectivas tem-

Cuadro 48

SATISFACCION MARITAL EN LA UNION PRESENTE ENTRE LAS
USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, POR DISTRIBUCION EN EL
TIEMPO Y EXITO DE LA PLANIFICACION^{a/}

(En porcentajes)

Status de planificación	Satisfacción marital			(N= 100 por ciento) Total
	Elevada	Intermedia	Baja	
I. Temprana				
1. Exitosas	77	15	8	13
2. Parcialmente exitosas	37	42	21	19
3. No exitosas	14	57	19	21
II. Tardía				
1. Exitosas	100	—	—	2
2. Parcialmente exitosas	21	29	50	14
3. No exitosas	12	36	52	25

a/ El cuadro no incluye a las entrevistadas que actualmente no viven en unión de cohabitación.

Cuadro 49

**SATISFACCION MARITAL EN LA UNION ACTUAL ENTRE LAS MUJERES
QUE HAN TENIDO UNO O MAS ABORTOS, POR DISTRIBUCION EN EL
TIEMPO Y EXITO DEL CONTROL DE LA NATALIDAD^{a/}**

Condición de planificación	Satisfacción marital			
	Elevada	Intermedia	Baja	(N = 100 por ciento) Total
I. Temprana				
1. Exitosas	25	42	33	12
2. Parcialmente exitosas	29	46	25	24
3. No exitosas	27	18	55	11
II. Tardía				
1. Exitosas	25	25	50	4
2. Parcialmente exitosas	17	50	33	6
3. No exitosas	22	11	67	9

a/ El cuadro excluye a las entrevistadas que actualmente no viven en unión de cohabitación.

pranas hasta la más baja satisfacción entre las usuarias inefectivas tardías. En comparación, la satisfacción marital no parece, según el cuadro 49, relacionarse en forma sistemática ni con la secuencia temporal ni con la efectividad de la planificación entre las mujeres que han incurrido en uno o más abortos.

Diversas consideraciones metodológicas, sin embargo, nos advierten en contra de exagerar la significación de estos hallazgos. El número total de casos es pequeño. Además, la correlación entre satisfacción marital y planificación puede verse algo truncada en el sentido de que la primera se refiere a la unión más reciente de la informante y la última a los esfuerzos realizados a lo largo de su historia marital. También puede ser de doble filo y de refuerzo mutuo en el sentido que la insatisfacción marital deriva en parte de los fracasos en la planificación. Por último, las 76 entrevistadas que han recurrido al aborto por lo menos una vez varían grandemente en la forma y en el grado en que han hecho uso complementario del aborto y de la anticoncepción; por consiguiente, entre las mujeres que se han basado en forma predominante en la anticoncepción, la satisfacción marital de hecho influiría sobre la distribución en el tiempo y sobre la efectividad en el uso, mientras que entre las informantes que se han basado principalmente en el aborto, esta relación no se corroboraría.

En vista de los peligros potenciales, es evidente que necesitaríamos una muestra mucho más grande para controlar adecuadamente estas diversas variables. Sin embargo, los patrones comparados en los cuadros 48 y 49 son, como mínimo, lo suficientemente lúcidos para merecer una consideración más detallada, en particular cuando se consideran en el marco de la anterior explicación de la relación entre la estabilidad marital y el éxito en la planificación.

En suma, la discusión anterior sugiere que, mientras que la distribución en el tiempo y la efectividad del uso anticonceptivo depende en gran parte de la estabilidad marital y del tipo de organización matrimonial, la planificación efectiva a través del aborto depende principalmente de la determinación de la mujer por evitar los nacimientos indeseados. Sobre esta base, uno podría perfectamente sugerir que existen dos enfoques radicalmente opuestos al control de la natalidad, según la consistencia de la unidad matrimonial. Por una parte, las mujeres con uniones estables están en situación de adoptar la verdadera planificación familiar en el sentido de un esfuerzo consciente por regular el tamaño y el espaciamiento de su prole de acuerdo con objetivos a largo o corto plazo; estas metas se formulan en un contexto de aspiraciones familiares interrelacionadas y de este modo obtienen a la vez la aprobación y un refuerzo del marco institucional de la familia. En el otro extremo, las mujeres que tienen antecedentes de uniones transitorias están ligadas a la práctica del control de la natalidad incidental que depende de las metas, posibilidades y circunstancias de cada unión. En este sentido, la fuerte asociación entre aborto e inestabilidad matrimonial es en particular reveladora y sugiere fuertemente que el aborto a menudo representa una medida de emergencia por falta de previsión o es el resultado de una situación matrimonial en deterioro.

2. *Estado civil, planificación familiar y fecundidad*

En una etapa anterior de este capítulo, se demostró que el 38 por ciento de todas las uniones conyugales de nuestra encuesta eran del tipo legal, el 35 por ciento eran uniones consensuales y las restantes uniones de visita. En este momento, puede resultar significativo preguntar ¿Cuáles son las consecuencias de los patrones de apareamiento para la reproducción y la fecundidad?

Como antecedente para la investigación de este problema, cabe observar que las 338 mujeres de la muestra han experimentado un promedio de 4,12 embarazos por entrevistada. Las mujeres que han recurrido el aborto por lo menos una vez han concebido un promedio de 6,08 embarazos por entrevistada, mientras que las informantes que

han realizado una tentativa de planificación por medio de la anticoncepción han tenido un promedio de 4,01 embarazos; esta última cifra varía desde 2,54 entre las planificadoras tempranas efectivas y 5,63 entre las planificadoras inefectivas tardías. Las no-planificadoras, las mujeres subfértiles y las no-planificadoras temporales evidentemente han experimentado el número más pequeño de embarazos: 1,95 por entrevistada. Las no-planificadoras voluntarias han tenido un promedio de 5,14 embarazos y las no-planificadoras involuntarias un promedio de 4,72 embarazos por encuestada.

Si controlamos el número de años transcurridos desde la primera experiencia sexual de las entrevistadas, entonces de manera inevitable llegamos a la conclusión que las mujeres en la presente muestra son altamente prolíferas. Durante un total combinado de 2 355 años de actividad sexual regular o intermitente, las 338 informantes de la muestra han experimentado un total de 1 392 embarazos, es decir, un promedio de un embarazo cada 20 ó 21 meses. De estos 1 392 embarazos, 185 fueron abortados, 164 fueron abortados espontáneamente o fueron mortinatos y 103 murieron en alguna época entre su nacimiento y la presente entrevista, dejando un total de 940 niños vivos (incluyendo el embarazo actual cuando es pertinente) para un promedio de 2,78 hijos por entrevistada. Evidentemente las mujeres subfértiles han sido las más lentas para concebir, y han incurrido en un promedio de un embarazo cada 40 meses; en el extremo opuesto, las no-planificadoras temporales, muchas de las cuales se han casado recientemente y están experimentando su primer embarazo, han tenido un promedio de un embarazo por cada 15 meses de exposición al coito. Las cifras correspondientes para los grupos intermedios son de 17 meses para las no-planificadoras involuntarias, 18 meses para las mujeres que han recurrido al aborto, 19 meses para las no-planificadoras voluntarias y 23 meses para las usuarias de anticonceptivos.

a) Fecundidad y tipo de unión

¿Cuántos de estos embarazos fueron concebidos dentro de uniones legales y cuántos en otros tipos de uniones? En conjunto, menos de la mitad (el 47 por ciento) de todos los embarazos se produjeron mientras la madre vivía en una unión legalmente constituida. El 36 por ciento fue concebido mientras la madre se hallaba viviendo en una unión consensual, el 10 por ciento en una unión de visita y el 7 por ciento restante mientras la madre se encontraba viviendo en una "unión premarital de visita" (o sea, una unión de visita en que el padre del niño eventualmente cohabitó con su madre). Así, las uniones legales, que constituyen sólo el 35 por ciento de todas las uniones, tuvieron el 47 por ciento de todos

los embarazos; las uniones consensuales tienen aproximadamente la misma proporción de todos los embarazos como de todos los embarazos, y las uniones de visita tienen una participación mucho menor que la que les corresponde de todos los embarazos. De acuerdo con las prácticas anteriores de clasificación, los embarazos en uniones de visita premaritales pueden redistribuirse entre las uniones legales y consensuales que eventualmente contribuyeron a precipitar; en esta perspectiva, las uniones legales representan el 50 por ciento de todos los embarazos y las uniones consensuales el 40 por ciento.

En vista de los patrones de estabilidad marital antes demostrados que caracterizan a varios tipos de uniones, la participación desproporcionadamente pequeña de todos los embarazos concebidos en las uniones de visita no causa sorpresa. En verdad, como se demostró anteriormente, las uniones legales han tenido una duración media de 6,6 años en comparación con 4,8 años para las uniones consensuales y 0,7 año para las uniones de visita. ¿Pero debemos llegar a la conclusión de que las uniones de visita son menos fértiles que los otros tipos de uniones? De hecho, lo contrario es cierto, ya que si controlamos la duración de cada unión marital, encontramos que las uniones de visita han dado un promedio de un embarazo por cada 0,70 año de unión, en comparación con 1,72 año para las uniones consensuales y 1,68 para las uniones legales. (Véase cuadro 50).

Es decir, las uniones de visita al parecer producirían un número mucho más alto de embarazos por unidad de tiempo de unión que las uniones legales y consensuales. Cabe observar, no obstante, que estas

Cuadro 50

TASA MEDIA DE FECUNDIDAD^{a/} POR TIPO DE UNIÓN MARITAL

	Legal	Consensual	De visita
I. Todos los embarazos y todas las entrevistadas	1,68	1,72	0,70
II. Embarazos no abortados solamente (excluidas las no-planificadoras temporales y las mujeres subfértiles)	1,76	1,87	1,17

a/ Esta tasa se obtiene sumando el número total de años pasados por las entrevistadas en cada tipo de unión y dividiéndolo por el número de embarazos resultantes de estas uniones; es decir, no incluye los períodos entre uniones.

cifras se refieren a todos los embarazos, sin tomar en cuenta su resultado y puesto que se demostró antes que el aborto se correlaciona positivamente con la inestabilidad de la unión y ésta a su vez se asocia con las uniones de visita, entonces el control del resultado del embarazo se convierte en un imperativo en el presente caso. Además, la inclusión de de las no-planificadoras temporales y de las mujeres subfértiles en los cálculos anteriores podría contribuir a ocultar diferencias significativas.

La segunda parte del cuadro 50 muestra de este modo la tasa media de embarazos de diversos tipos de uniones en términos de los embarazos no abortados en que incurrieron mujeres que no fueron ni no-planificadoras temporales ni subfértiles. Allí, se demuestra que la diferencia entre la tasa media de fecundidad de las uniones de visita y la de las uniones de cohabitación ha disminuido un tanto cuando se imponen estos controles, pero no obstante sigue siendo significativo.

¿Qué explica la tasa más alta de fecundidad de las relaciones de visita? ^{84/} De modo inicial, podemos rechazar sumariamente la hipótesis de que la variación se debe a la frecuencia copulativa diferencial. Al ser todas las demás cosas iguales, por lo general se acepta que la frecuencia copulativa más elevada se correlaciona de forma positiva con la fecundidad; puesto que se demostró anteriormente que las relaciones sexuales en las relaciones de visita son esporádicas, entonces este factor debiera producir un efecto opuesto al patrón observado aquí.

Luego, puede afirmarse, sobre bases lógicas, que las diferencias observadas probablemente reflejan en parte discrepancias menores en la recolección de datos y en su análisis. Hemos clasificado como uniones de visita sólo a las relaciones que han durado un mínimo de tres meses, a menos que la relación fuese de otro modo significativa. Evidentemente, una breve relación de visita que tuvo como resultado un embarazo sería recordada con certeza por la entrevistada o descubierta por el investigador en forma más fácil que una que no ha tenido este resultado. En los casos de uniones transitorias múltiples, las entrevistadas ocasionalmente mostraban o reticencia o incapacidad para recordar el número y duración de las uniones que habían tenido y en estos casos la tendencia fue tabular solo tantas uniones de visita como embarazos habían

^{84/} Al investigar problemas similares en el contexto de las mujeres jamaicanas de clase baja, Stycos y Back encontraron que, incluso cuando se establece un control para la edad, número de años de vida sexual y esterilidad relativa, las mujeres en uniones de visita tenían tasas de fecundidad significativamente menores que las mujeres casadas o las mujeres en unión consensual. El contraste entre estos y los resultados presentes redobla el interés en explicar las tasas superiores de fecundidad de las uniones de visita en la presente muestra.

ocurrido durante las relaciones de visita.^{85/} Estas circunstancias de este modo ciertamente se combinarían para inflar la tasa de fecundidad de las uniones de visita.

En seguida, podríamos inquirir si la fecundidad diferencial por unión marital es atribuible al uso diferencial del control de la natalidad. Para investigar este problema adecuadamente, deberíamos examinar la distribución en el tiempo y la efectividad del uso del control de la natalidad durante cada unión sucesiva, pero por desgracia nuestros datos no son lo suficientemente detallados para una empresa semejante, en particular en lo que respecta al control de la natalidad en las relaciones de visita transitorias. Sin embargo, podemos obtener una noción aproximada respecto al problema en cuestión al examinar el *status* de planificación dentro del tipo más reciente de unión.

Por ejemplo, es de cierta significación que, en el cuadro 51, las mujeres cuya unión más reciente fue del tipo de las relaciones de visita tienden a concentrarse en dos categorías: planificación a través del

Cuadro 51
STATUS DE PLANIFICACION POR TIPO DE
UNION MARITAL MAS RECIENTE
(En porcentajes)

Status de planificación	Tipo de unión más reciente			
	Legal	Consensual	De visita	(N=100 por ciento) Total
Planificación a través de la anticoncepción	55,4	40,6	4,0	101
Planificación a través del aborto o, aborto y anticoncepción	34,2	54,0	11,8	76
No-planificadoras involuntarias	33,8	44,1	22,1	68
Otras no-planificadoras	60,2	37,6	2,2	93
<i>Total</i>	47,6	43,5	8,9	338

^{85/} Se encontró un problema de tabulación poco común en el caso de las 4 mujeres que reconocieron haber pasado la mayor parte de su vida adolescente y adulta en la prostitución. En estos casos, a las entrevistadas se les asignó arbitrariamente un número de uniones de visita igual al mayor número experimentado por cualquiera de las demás entrevistadas, es decir, seis uniones de visita.

aborto y las no-planificadoras involuntarias. Es decir, las mujeres en uniones de visita en general o no hacen nada acerca del control de la natalidad o bien recurren al aborto como medida desesperada. Sólo 4 de 30 mujeres, cuya unión más reciente fue del tipo visita, han intentado la anticoncepción y todas ellas fueron planificadoras no exitosas. Por otra parte, un número desproporcionado de mujeres en uniones de visita han hecho uso del aborto, pero esta práctica facilita las gestaciones múltiples en un período más corto de tiempo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres cuya última unión ha sido de visita, están incluidas entre las no-planificadoras involuntarias, lo que sugiere que las tasas más elevadas de fecundidad de las uniones de visita pudieran estar ligadas al uso diferencial del control de la natalidad.

Pero quizás de mayor importancia es la consideración de que el embarazo inevitablemente precipita un cambio radical en la naturaleza de la relación de visita. En unos 75 casos, el embarazo (y a veces, los embarazos) concebido en una unión no cohabitante llevó a una unión de cohabitación. Pero en la gran mayoría de los 141 casos restantes, la madre embarazada fue abandonada mucho antes que el embarazo llegara a término.^{86/} Evidentemente, en las uniones de cohabitación, a causa de la duración del período de la gestación y de la esterilidad *post partum*, el embarazo puede producirse, como máximo, sólo una vez por año de duración de la unión. Pero si en una relación de visita la madre es abandonada en su segundo o tercer mes de embarazo, como suele suceder, entonces es indiscutible que un embarazo puede ocurrir por cada 2 ó 3 meses de duración de cada unión de visita.

El tipo de situación que se describe aquí como una explicación parcial de las tasas más altas de fecundidad en las relaciones de visita puede ejemplificarse en referencia a las 30 mujeres de nuestra muestra cuyo último embarazo fue el resultado de una unión de visita. En 5 casos, la entrevistada afirmó que su novio definitivamente está haciendo algo por ayudar; un matrimonio es una clara posibilidad para estas mujeres. En 12 casos, el novio desapareció para siempre dentro de los primeros meses de embarazo; en otros 3 casos, el padre del niño no sabía que su compañera estaba embarazada y en 2 casos la madre no tenía idea de quién podría ser el padre del niño. En los 8 casos restantes, la situación no está todavía definida.

Para recapitular, se ha demostrado que casi la mitad de todos los embarazos en que han incurrido las entrevistadas de la muestra fueron concebidos mientras la madre participaba en una unión legal. Otro 36

^{86/} Se recordará que sólo seis relaciones de visita duraban como tales al momento de la encuesta.

por ciento fue concebido mientras la madre estaba en una unión consensual y un 7 por ciento mientras se hallaba en una unión de visita premarital. Las uniones de visita (sin incluir el tipo premarital) que representaban un cuarto de todas las uniones, dan cuenta de sólo el 10 por ciento de todos los embarazos. Paradójicamente, cuando se controla el tiempo de la unión, las uniones de visita tienen una tasa mucho más elevada de fecundidad. Este fenómeno se puede atribuir a una combinación de factores, entre los cuales el principal es la consideración de que el embarazo inevitablemente lleva a la consolidación o disolución de la unión de visita.

b) Fecundidad y estabilidad marital

La última pregunta que vale la pena plantear en este capítulo es ¿Cómo se relacionan las tasas de fecundidad con el número de uniones experimentadas por una mujer? En Jamaica, la explicación popular por lo general atribuye a la promiscuidad las altas tasas de fecundidad de la nación. De hecho, las investigaciones de Stycos y Back demuestran que las mujeres que experimentan uniones múltiples en realidad tienen un número significativamente menor de hijos que las mujeres en uniones estables.^{87/} La explicación ofrecida para esta tasa más baja tiene dos facetas: por una parte, se infiere que las uniones múltiples llevan a intervalos de no exposición entre los integrantes de la pareja y a una pérdida consiguiente de la fecundidad. Por otra parte, se sugiere que el embarazo en sí tiende a llevar a la estabilización y, hasta cierto punto, a la legitimación de las uniones.

En el presente contexto, la pregunta también concita un interés considerable. Una primera respuesta aproximativa puede ofrecerse en términos de la tasa media de fecundidad de las mujeres que han experimentado una, dos, tres o más uniones. (Las no-planificadoras temporales, y las mujeres subfértiles fueron eliminadas aquí desde el comienzo). La información contenida en la primera parte del cuadro 52 parecería, a primera vista, corroborar los hallazgos anteriores sobre la relación entre fecundidad y tipo de unión, puesto que las uniones de visita se asocian íntimamente con las uniones múltiples y estas dos exhiben una fecundidad más elevada por intervalo de tiempo. Sin embargo, tales deducciones pueden ser prematuras ya que se explicó también anteriormente que las comparaciones válidas debían restringirse a los embarazos no abortados.

La segunda parte del cuadro 52 muestra que, cuando la comparación se hace en estos términos, las diferencias en el intervalo promedio de

^{87/} Stycos y Back, *op. cit.*, capítulo 6.

Cuadro 52

TASA MEDIA DE FECUNDIDAD DE PAREJAS^{a/} POR
NUMERO DE UNIONES INCURRIDAS^{b/}

	Número de uniones		
	Uno	Dos	Tres o más
I. Todos los embarazos	1,53	1,22	0,80
II. Embarazos no abortados solamente	1,69	1,42	1,35

a/ Véase Cuadro 51 para una definición de esta tasa.

b/ Se excluyen del cuadro las no-planificadoras temporales y las mujeres sub-fértiles.

tiempo transcurrido entre cada embarazo por orden de la unión se ve enormemente disminuido, pero aún se produce en la misma dirección que antes. Por consiguiente, existen fundamentos para creer que las uniones múltiples tienden a dar un mayor número de embarazos por unidad de tiempo transcurrido en la unión.

¿Qué factores producen el patrón de mayor fecundidad en las uniones inestables? Al parecer, la respuesta se encontraría en dos características fundamentales de las uniones múltiples. En primer lugar, se demostró anteriormente que la misma inestabilidad de las uniones maritales tendía a ser enemiga del control efectivo de la natalidad. En segundo lugar, las actitudes complementarias de ambos cónyuges que inician una nueva unión favorecería el embarazo inmediato y por lo tanto la fecundidad más alta si la misma experiencia es repetida varias veces.

Desde el punto de vista de la mujer, el tener hijos en una nueva unión (particularmente si ha incurrido en uniones anteriores y anda en busca de alguien que la mantenga en forma estable) es considerado como un medio para estabilizar la relación. Su interpretación del papel de la reproducción en la evolución de la vida matrimonial, a su vez es probable que se vea reforzada por la exigencia de su nuevo esposo de que "tenga uno para mí", es decir, que él tenga por lo menos un hijo de la nueva unión para probar ya sea su propiedad o su machismo, o simplemente para satisfacer un instinto paternal. El siguiente comentario, que fue hecho por una mujer que experimentaba su segundo embarazo en su tercera unión marital, es bastante típico de estas actitudes:

“El se puso verdaderamente contento cuando supo que yo estaba embarazada. Yo me había hecho sacar uno antes cuando todavía no estaba viviendo con él y a él no le había gustado. Así es que, cuando vino éste, él estaba verdaderamente contento y dijo que él lo iba a cuidar. Yo también estaba contenta; ya estaba viviendo con él y las cosas están resultando. Era como tener mi primer hijo”.

Aunque en este estudio no se realizó una investigación sistemática del efecto real ejercido por la fecundidad en los patrones de nupcialidad, un examen detallado de los casos individuales sugeriría fuertemente que el embarazo de hecho produce un efecto centrífugo sobre las uniones maritales. Además, la desilusión posterior con el resultado de una unión determinada contribuye grandemente a la alta tasa de aborto de las uniones múltiples. De todos modos, la hipótesis de que la incapacidad innata de la unión inestable para practicar un control efectivo de la natalidad, más la exigencia de que una nueva unión dé como resultado un embarazo, merece una investigación más detallada.

Finalmente, antes de cerrar nuestro debate sobre la fecundidad y el número de uniones maritales, cabe señalar que el análisis anterior se ocupó únicamente de la cantidad de tiempo verdadero transcurrido en uniones maritales como telón de fondo frente al cual medir la fecundidad relativa de uniones de diversos órdenes. Sin embargo, si alguien se interesa en el efecto a largo plazo que los patrones de inestabilidad marital ejercea sobre la fecundidad, entonces es obvio que también se debieran considerar los intervalos entre uniones.

A fin de evaluar el efecto global de la inestabilidad marital sobre la fecundidad, nuestro índice se volvió a calcular, por lo tanto en función del número de los embarazos no abortados incurridos en el intervalo entre la edad de la primera relación sexual y la edad al ser entrevistada. (Las mujeres subfecundas y las no-planificadoras temporales nuevamente están excluidas). Las cifras resultantes demuestran que cuando la exposición total al embarazo es considerada, las uniones de orden tercero o superior se asocian de hecho a una fecundidad significativamente inferior. Las mujeres que han experimentado sólo una unión han tenido como promedio un embarazo cada 1,69 año desde sus primeras relaciones sexuales; la cifra correspondiente para las mujeres con dos uniones se eleva a 1,75 y a 2,25 para las mujeres con tres o más uniones. Por consiguiente, a la larga, podría esperarse que la inestabilidad marital de hecho llevará a una tasa más baja de fecundidad final simplemente a causa de los intervalos entre uniones y las diferencias consiguientes en el tiempo total de exposición al riesgo de embarazo.

En suma, cuando se examina la fecundidad en relación a la estabi-

lidad matrimonial se ve que las mujeres que han experimentado uniones múltiples exhiben una tasa media de fecundidad más alta por unidad de tiempo transcurrido en las uniones que las mujeres que han experimentado sólo una unión marital. Puede sugerirse que esta diferencial es atribuible a una combinación de dos factores: una capacidad disminuida de planificar en forma efectiva que caracteriza a las uniones inestables y las actitudes en pro de la natalidad (por razones distintas aunque complementarias) de ambos esposos que entran en una nueva unión. Por otra parte, la fecundidad a largo plazo de las mujeres que incurren en varias uniones tiende a ser considerablemente más baja simplemente a causa del tiempo diferencial de exposición al riesgo del embarazo.

Resumen

En este capítulo seguimos con nuestro plan de investigar las motivaciones, conocimiento y uso efectivo de los medios de control de la natalidad; se ha intentado describir los patrones de organización marital entre las mujeres de clase baja y establecer su relación con la secuencia temporal y con la efectividad de los esfuerzos de planificación familiar.

Inicialmente, se mostró que mientras la mayoría de las mujeres han experimentado sólo una unión marital, un pequeñísimo número de ellas da cuenta de una cantidad desproporcionada de todas las uniones. Con respecto al tipo y a la estabilidad de las uniones maritales, puede muy bien afirmarse que las uniones legales siguen siendo consideradas como la norma y el ideal entre las mujeres de clase baja y que este tipo de unión tiende a gozar de una estabilidad algo mayor que las uniones consensuales, excepto en el caso de los matrimonios forzosos. Las uniones de visita son inherentemente efímeras, puesto que el embarazo en la mayoría de los casos conduce o a la disolución de la unión o a la formación de una unión de cohabitación.

El examen de la secuencia temporal en las relaciones sexuales y maritales indicaría claramente que la virginidad de la mujer se considera generalmente una condición *sine qua non* para el matrimonio legal. La anterior experiencia copulativa (excepto en el caso de la violación) prácticamente impone que, cuando más, la mujer podrá formar una unión consensual. Es más, si tiene actividad sexual premarital con su futuro marido, la probabilidad de que contraiga una unión consensual en lugar de una unión legal se incrementa mucho.

Generalmente, las entrevistadas del estrato socio-económico más privilegiado de la muestra gozan de un grado relativamente alto de satisfacción marital, particularmente si la actual es su primera unión legal.

En el extremo opuesto, la mayoría de las mujeres de clase baja-baja (que también tienen la mayor probabilidad de encontrarse en uniones múltiples y en uniones no legales) exhiben un patrón de baja satisfacción marital que se ve acentuado por graves dificultades económicas.

La frecuencia de relaciones sexuales para la mayoría de las mujeres que viven en una unión de cohabitación es de dos o tres veces a la semana; la frecuencia copulativa en las relaciones de visita es más bien esporádica. Las actitudes de las entrevistadas respecto al sexo y su apreciación de las funciones que cumplen las relaciones sexuales en su unión marital varían mucho. Según sus declaraciones, la mayoría de las mujeres disfrutaban de la actividad sexual pero recalcan ya sea la función de consolidación de la unión que tienen las relaciones sexuales (en términos de impedir la promiscuidad del varón) o el alivio psicofisiológico proporcionado por el coito más bien que la intimidad socio-emocional y los aspectos de intercambio efectivo de las relaciones sexuales.

La estabilidad y la satisfacción maritales se relacionan íntimamente con la secuencia temporal y la efectividad del uso de anticonceptivos, relación que no se verifica en el caso de la planificación a través del aborto. Es probable que esa diferencia se deba a las distintas exigencias de cada método sobre la organización de la unidad conyugal. El primero exige una firme determinación del individuo en ciertos momentos críticos, mientras que la segunda exige una cooperación sostenida entre los integrantes de la pareja.

La investigación de la fecundidad revela que, en general, las entrevistadas de la muestra son un grupo muy prolífico, que han experimentado un promedio de un embarazo cada 21 meses desde la iniciación de la actividad sexual. Algo menos de la mitad de todos los embarazos fueron concebidos dentro de las uniones legales. El 16 por ciento de ellos fueron concebidos en uniones de visita, y en los dos tercios de estos casos, la madre embarazada fue abandonada por su pareja. En este capítulo se hicieron diversas consideraciones sobre el hecho paradójico de que las uniones de visita son significativamente más fecundas, pero sólo dan cuenta de un número desproporcionadamente pequeño de todos los embarazos. Este fenómeno es atribuible principalmente al hecho de que el embarazo inevitablemente conduce a la disolución de la unión de visita o a la formación de una unión de cohabitación.

Por último, las mujeres que han experimentado varias uniones tienden a tener una fecundidad más alta que las que han contraído una sola unión. Esta diferencial se debería al parecer al efecto combinado de las dificultades de planificación que tienen las uniones maritales

inestables por un lado y por otro a las actitudes pronatalistas que ambos esposos, por diferentes motivos, aportan a cada nueva unión. A la inversa, es probable que la fecundidad a largo plazo de las mujeres que experimentan uniones múltiples sea sin embargo inferior, principalmente a causa de la no exposición al riesgo de fecundación entre uniones y de las diferenciales consiguientes en cuanto a la exposición total al riesgo de embarazo.

VII. CONCLUSIONES: ASPECTOS MICRO Y MACROSOCIOLOGICOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

En el curso de este volumen nos hemos ocupado de describir, ilustrar y explicar el comportamiento de las mujeres de clase baja de la presente muestra con respecto a la planificación y formación de la familia. El objeto de estas páginas finales será resumir brevemente algunas de las observaciones más importantes derivadas de la exposición precedente y, sobre esa base, formular consideraciones prácticas con respecto a la factibilidad de la planificación familiar en las clases bajas.^{88/}

1. Resumen de los hallazgos sustantivos

El interés primordial del presente estudio se centró en la formación de la familia y en las prácticas de planificación familiar entre las mujeres de clase baja en la ciudad de Río de Janeiro. La investigación fue realizada en una muestra de 338 mujeres entre 25-30 años de edad, que fueron elegidas entre las pacientes de dos clínicas prenatales y una clínica de planificación familiar que típicamente cubre las necesidades de las mujeres de clase baja de esa ciudad. Los procedimientos de muestreo adoptados de este modo estaban dirigidos de propósito hacia la maximización del provecho que podía derivarse, en cuanto a información, de un número relativamente pequeño de casos y hacia la intensificación de la accesibilidad y cooperación de las entrevistadas, al tiempo que se mantenían constantes dos de las determinantes que más inciden en el comportamiento con respecto a la fecundidad, vale decir, la edad y la clase social.

El plan de estudio seguido en este volumen requería la investigación del comportamiento de fecundidad entre las mujeres jóvenes de clase baja en dos niveles complementarios. La primera parte estuvo dedicada a la clasificación de las entrevistadas en las categorías de planificación

^{88/} Una versión anterior de partes de este capítulo fue preparada para la Conferencia Regional Latinoamericana de Población, realizada en México durante agosto de 1970.

pertinentes y a la presentación de estudios de casos que ilustran las motivaciones y actividades características de formación de la familia en cada uno de estos grupos. Este análisis cualitativo llenaba un propósito triple en el contexto de la presente investigación: la formulación de categorías significativas para una investigación sistemática posterior, la sugerencia de áreas importantes para una investigación detallada y la ubicación de las actividades de formación de la familia dentro del contexto distintivo de la vida de la clase baja.

En un esfuerzo por organizar los estudios de casos presentados en la primera parte (y para facilitar el análisis sistemático de la segunda parte), las entrevistadas fueron clasificadas inicialmente de acuerdo a sus esfuerzos y a los resultados obtenidos en planificación familiar. Esta clasificación preliminar dividió a las informantes en los siguientes grupos: planificación mediante la anticoncepción; planificación mediante el aborto; planificación mediante la anticoncepción y el aborto y las no-planificadoras. Cada uno de estos grupos fue subdividido a su vez. En el caso de las no-planificadoras, se delinearon cuatro subgrupos: no planificadoras voluntarias, no-planificadoras temporales, no planificadoras involuntarias y las mujeres subfértiles. Las otras tres categorías fueron subdivididas de acuerdo a la etapa en la cual comenzaron sus esfuerzos de planificación familiar y de acuerdo a la efectividad de estos esfuerzos.

Utilizando los criterios elaborados en la formulación de este esquema de clasificación, se observó que algo más de la mitad de todas las entrevistadas ha realizado un esfuerzo serio por regular el tamaño de su familia.^{89/} De éstas, el 57 por ciento utilizó sólo la anticoncepción, el 39 por ciento recurrió tanto al aborto como a la anticoncepción, a la vez que el 4 por ciento restante se basó solamente en el aborto. De las 177 mujeres que intentaron planificar el tamaño de sus familias, menos del 20 por ciento había sido totalmente exitosa en regular el tamaño (y a veces el espaciamiento) de sus familias de acuerdo a sus propias preferencias expresadas respecto al tamaño de la familia. A la inversa, más de los dos quintos habían sido completamente no exitosas y una proporción algo menor había sido parcialmente exitosa.

¿Qué se puede decir de las no-planificadoras? ¿Cómo contemplan los problemas de la formación y del tamaño de la familia? Para comenzar, vale la pena tener en cuenta que de las 161 mujeres clasificadas como no-planificadoras, la cuarta parte son subfértiles y por lo

^{89/} En realidad, como se explicó anteriormente, esta cifra omite alrededor de un 6 por ciento de todas las mujeres que han realizado una tentativa breve de practicar la anticoncepción, pero que sin embargo fueron clasificadas como no-planificadoras temporales o mujeres subfértiles.

tanto estas mujeres enfocan el problema de la planificación desde una perspectiva enteramente diferente. Otro 29 por ciento sólo ha comenzado recientemente su historia marital y, por lo tanto, para estas mujeres la regulación del tamaño de la familia no constituye todavía un problema significativo. El grupo más grande, sin embargo, está compuesto de no-planificadoras involuntarias, es decir, de mujeres que han experimentado una o más gestaciones indeseadas y que anhelan regular el tamaño y el espaciamiento de su prole, pero quienes, por diversos motivos, no han realizado todavía un intento serio de control de la natalidad. Así, sólo el 4 por ciento de las no-planificadoras, o sea el 2 por ciento de toda la muestra, de hecho declara que está dejando que la naturaleza siga su curso en los asuntos de formación de la familia porque prefieren una familia grande o porque, en principio y en la práctica, se oponen a las formas conocidas de control de la natalidad.

En general, entonces, si eliminamos por un momento a las mujeres subfecundas y a las no-planificadoras temporales de nuestra consideración, encontramos que el 57 por ciento de las mujeres restantes de toda la muestra son o planificadoras no exitosas o no-planificadoras involuntarias, y sólo el 13 por ciento puede clasificarse entre las planificadoras exitosas.

La segunda parte de este volumen se orientó desde el postulado básico de que las diferencias en los intentos y en el éxito de planificación familiar se derivan de dos fuentes principales: las diferencias en el número de hijos deseados y las diferencias en la disposición y capacidad para controlar la fecundidad.

Inicialmente, cuando se examinaron las actitudes respecto al tamaño de la familia, se observó que la abrumadora mayoría prefieren las familias pequeñas, en particular cuando se discute el tamaño deseado de la familia dentro del contexto de sus propias situaciones concretas en la vida. En términos de ideales generales, casi todas prefieren un tamaño de familia de dos, tres o cuatro hijos; pero cuando se les preguntó acerca del número de hijos que pensaban que era mejor para ellas en términos de sus propias situaciones concretas en la vida, más del 60 por ciento de todas las mujeres declararon que estarían mejor con dos niños o menos, y más del 80 por ciento afirmó que tres o menos niños sería lo mejor. Además, cuando se les preguntó acerca de la fecundidad futura esperada, una gran proporción se valió de la oportunidad para expresar la esperanza de que no incurrirían en otros embarazos en el futuro.

En suma, la investigación de las actitudes hacia el tamaño de la familia demuestra que muchas están deseosas de limitar sus familias a un número

que sería más manejable para ellas en vista de sus difíciles situaciones en la vida. Las entrevistadas están conscientes de la relación que existe entre el *status* socio-económico de una persona y su capacidad de criar a los hijos conforme a sus aspiraciones. Por este motivo, si estuviesen en condiciones socio-económicas más propicias optarían por una familia más grande que la que prefieren para sus actuales circunstancias (aunque menores de la que ya tienen). Como están las cosas, sin embargo, por lo general prefieren dos o tres niños como máximo y con no poca frecuencia intentan cualquier cosa, incluso el aborto en circunstancias muy peligrosas, por impedir los nacimientos indeseados.

¿Que éxito tienen estas mujeres en llevar a la práctica sus aspiraciones respecto al tamaño de sus familias? Las actitudes podrían describirse como una predisposición a tomar (o no tomar) un curso particular de acción en respuesta a necesidades experimentadas. En realidad, como lo señaló el resumen anterior sobre los esfuerzos de planificación familiar, algo más de la mitad de todas las entrevistadas han realizado un intento serio por regular el tamaño de su familia y pocas han logrado un éxito notable en estas tentativas. Como resultado, mientras que las actuales entrevistadas expresaron un tamaño ideal promedio de familia de 3,4 hijos y un tamaño mejor de la familia de 2,5 hijos, de hecho ya han experimentado un promedio de 4,1 embarazos por entrevistada, a pesar de su joven composición por edad. Además, si las no-planificadoras temporales y las mujeres subfértiles quedan momentáneamente excluidas, entonces las incongruencias entre las aspiraciones y la realidad aumentan bastante. En verdad, las 252 mujeres restantes dan como promedio un tamaño ideal de la familia de 3,2 hijos y declaran como término medio que el tamaño mejor de la familia es de 2,5 hijos; como contraste, han experimentado un promedio de 4,9 embarazos por entrevistada y actualmente tienen un promedio de 3,4 hijos vivos (incluyendo el actual embarazo en el caso de las mujeres en las clínicas prenatales).

¿Qué explica estas discrepancias entre las aspiraciones y la realidad, o entre la motivación y la acción efectiva? El cúmulo de factores que determinan el uso o no uso así como la efectividad relativa del control de la natalidad es a la vez variado y complejo; por consiguiente, la presente encuesta descriptivo-exploratoria no ha pretendido proporcionar un análisis cabal de todos los aspectos de este problema. Sin embargo, dos áreas principales de investigación fueron exploradas en forma sistemática y éstas proporcionaron una comprensión considerable respecto a la dinámica de la planificación familiar.

Primero, fue abordada una detallada investigación del conocimiento

y el uso del control de la natalidad. En un comienzo, se puede suponer que, en este campo, el control efectivo de la fecundidad requiere, como mínimo, una conciencia de la posibilidad de la planificación y un conocimiento acerca de las técnicas efectivas de planificación así como una buena disposición a hacer uso de ellas. Sobre este supuesto, se emprendió un análisis sistemático de las actitudes hacia el control de la fecundidad y del conocimiento de las técnicas de control de la fecundidad. Se reveló que las cuatro quintas partes de todas las entrevistadas creen que es teóricamente posible que una persona dé a luz solo un número deseado de hijos y casi la mitad de ellas opinaba que esta planificación constituye relativamente una tarea fácil (de nuevo en términos teóricos). Cuando se les preguntó acerca de sus actitudes hacia la anticoncepción, dos tercios de todas las entrevistadas demostraron una aceptación irrestricta de la anticoncepción y otro 28 por ciento declaró su aceptación limitada de esta práctica. El aborto no terapéutico, sin embargo, es condenado francamente por 7 de cada 10 mujeres que nunca han recurrido a esta práctica; incluso entre las mujeres que admiten haberse provocado uno o más abortos, varias afirmaron que, en principio, se oponían al aborto como medio de control de la natalidad.

La investigación acerca del conocimiento sobre el control de la natalidad, particularmente entre los grupos socio-económicos bajos, esconde varias dificultades de tipo metodológico. Sin embargo, es de considerable pertinencia que sólo 3 mujeres admitieron su ignorancia de todas las técnicas de control de la natalidad con la excepción del aborto. Aún más importante, la entrevistada media ha oído hablar de por lo menos seis métodos de evitar la concepción y tiene un cierto conocimiento práctico elemental acerca de unas cuatro técnicas. La más conocida entre las técnicas de control de la fecundidad es el aborto inducido, puesto que les es familiar a todas las entrevistadas. Entre las técnicas anticonceptivos, los anticonceptivos orales son, lejos, los más conocidos; prácticamente todas las entrevistadas han oído hablar de "la píldora" y una mayoría considerable tiene una comprensión general de cómo se usa este método.

Tan sorprendente como la cantidad de información sobre el control de la natalidad de que disponen las mujeres de la clase baja, es la baja calidad de este conocimiento y la forma como es transmitido. En realidad, una de las características más sobresalientes del conocimiento anticonceptivo entre las mujeres de clase baja es el hecho de que, en gran parte, es transmitido de palabra por parientes, vecinas y en especial por las amigas. Este patrón condiciona no sólo el tipo y la calidad de la

información anticonceptiva que se tiene, sino además el grado en que se la utiliza en forma efectiva.

Puede plantearse que en la presente población cada técnica anticonceptiva se halla rodeada de una gran cantidad de interpretaciones de la subcultura, basadas en la realidad y en la imaginación, las que gobiernan su uso, efectividad y efectos secundarios esperados. Esta afirmación es particularmente aplicable y visible con respecto al uso de la píldora. El anticonceptivo de uso más extendido, la píldora, es considerada, según el saber popular, como un método efectivo de control de la fecundidad, pero que invariablemente da origen a una serie de molestias físicas y psicósomáticas. En el hecho, la anticoncepción oral puede resultar problemática para cierta proporción de usuarias incluso en circunstancias ideales. Pero en el caso presente, dado que la píldora a menudo es recetada por consejeras ineptas y es usada sin una supervisión médica adecuada y, aunque la usuaria se encuentra preconditionada a sufrir malos efectos, la anticoncepción oral frecuentemente se ve acompañada por quejas de un tipo u otro.

La efectividad práctica de otras técnicas anticonceptivas también se ve disminuida por la forma en que se trasmite el conocimiento de estos métodos de una persona a otra. Es decir, el conocimiento popular de la anticoncepción se caracteriza por un conglomerado de hechos y fantasías que disminuye la disposición y la capacidad de la persona para adoptar estas técnicas, como también su resolución de persistir en el uso de estos métodos. El resultado es que, a causa de una combinación de mala información y mal uso, más las deficiencias inherentes a las técnicas mismas (por ejemplo, el costo, la inefectividad clínica, etc.), la duración del uso de cada método utilizado es más bien breve. En este campo, los anticonceptivos orales tienen el record, pero incluso aquí la duración de uso tuvo un promedio de sólo algo más de un año por cada entrevistada.

En resumen, ninguna técnica actualmente disponible es a la vez aceptable y usada en forma efectiva por las mujeres de clase baja. Cada técnica presenta ciertas ventajas y desventajas clínicas, pero éstas con frecuencia son eclipsadas por normas, valores y creencias subculturales subyacentes que condicionan su efectividad práctica. Por último, la capacidad de las entrevistadas para regular en forma efectiva el tamaño y el espaciamiento de su prole es afectada no tanto por el tipo de método usado como por la buena disposición de la entrevistada y su capacidad para realizar un esfuerzo concertado por planificar su familia.

Con estas consideraciones en mente, el análisis de la planificación efectiva pasó a centrarse en las consecuencias de la organización

marital con respecto a la distribución en el tiempo y la efectividad del control de la natalidad. En este aspecto, se demostró inicialmente que mientras la mayoría de las mujeres ha experimentado sólo una unión marital, un número diminuto de todas las mujeres da cuenta de una parte desproporcionada de todas las uniones. Las uniones legales son consideradas como la norma y el ideal, y este tipo de unión por lo general goza de una estabilidad algo mayor que las uniones consensuales.

El examen de las secuencias en las relaciones sexuales y maritales sugirió que la virginidad femenina es prácticamente un requisito obligatorio para el matrimonio legal. Con excepción de la violación, la experiencia copulativa previa ordena que una mujer ya no sea considerada apta para el matrimonio legal, aunque puede contraer otra forma de unión de cohabitación. Además, si tiene actividad sexual premarital con su futuro esposo, la probabilidad de que contraiga una unión consensual en lugar de una unión legal se acrecienta enormemente.

Una baja satisfacción marital caracteriza a las uniones de cohabitación más recientes en dos quintos de nuestras entrevistadas, y sólo un quinto de todas las mujeres informó que su presente unión era satisfactoria en general. Es de cierto interés que la satisfacción marital es más alta en las primeras uniones, en particular si éstas son del tipo legal, y luego decrece progresivamente con las uniones de órdenes posteriores. El *status* socio-económico también ejerce una influencia significativa sobre la satisfacción marital; como era de esperar, mientras más ventajosa es la posición socio-económica de una entrevistada, mayor es la probabilidad de que viva en una unión satisfactoria.

La estabilidad marital y la satisfacción marital se relacionan positivamente con la secuencia temporal y con la efectividad del uso de anticonceptivos, pero esta relación no existe en el caso de la planificación a través del aborto. Puede sugerirse que estos patrones divergentes son atribuibles a las exigencias diferenciales hechas por el aborto y la anticoncepción sobre la organización de la unidad conyugal. En el caso de la anticoncepción, la planificación efectiva temprana exige un alto grado de estabilidad matrimonial y armonía marital a fin de que se fijen las metas de tamaño de la familia y se las siga en forma consistente a lo largo de los años. Por otro lado, el aborto exige más bien una decisión impulsiva periódica a intervalos que un esfuerzo cotidiano sostenido; para evitar los nacimientos indeseados a través del aborto, básicamente una mujer requiere más bien una motivación suficiente para someterse a los riesgos del aborto que una cooperación prolongada por parte del esposo.

Por lo general, la población entrevistada constituye un grupo

prolífero. A pesar del hecho de que algo más de la mitad de las mujeres han realizado una tentativa concertada por controlar su fecundidad, estas mujeres jóvenes han experimentado 4,1 embarazos por entrevistada. Al controlar el número de años transcurridos desde su primera experiencia sexual, encontramos que han incurrido en un promedio de un embarazo cada 21 meses, a pesar de sus intentos de control de la natalidad y a pesar de frecuentes períodos de inactividad sexual. Casi la mitad de todos los embarazos fueron concebidos mientras la madre vivía en una unión legalmente constituida; otro 36 por ciento concibió en uniones consensuales y los restantes se concibieron fuera de uniones de cohabitación. Estos hallazgos y otros afines confirman la trascendental influencia que ejercen los patrones de apareamiento de la clase baja, y sus formas concomitantes de organización marital, sobre la capacidad para practicar una planificación familiar efectiva.

En el futuro, ¿qué puede esperarse con respecto a la conducta relacionada con la planificación familiar y con la fecundidad de las mujeres de clase baja cuyos casos fueron analizados aquí? Dado el alto nivel de aspiraciones de planificación familiar y la naturaleza de los impedimentos para una planificación efectiva que se revelaron a lo largo de toda esta obra, se podría perfectamente aventurar la conjetura de que un avance considerable en las investigaciones médicas sobre la anticoncepción produciría una transformación importante de las actividades de planificación familiar de este grupo.

Si se desarrollase una píldora o inyección barata, de efecto a largo plazo y reversible, y además inofensiva, es evidente que en ese caso la capacidad de una mujer para practicar el espaciamiento o limitación efectivos dependería exclusivamente de sus aspiraciones y de su motivación para planificar en lugar de depender de su bienestar material, su conocimiento de la anticoncepción o el tipo y estabilidad de su unión marital. Quitando estos avances, se puede fácilmente prever que irá en aumento de año en año la categoría de planificadoras no exitosas así como el número de hijos indeseados.

2. Políticas y obstáculos a la planificación familiar

¿Qué consecuencias implican estas diversas consideraciones para las políticas de planificación familiar? En forma resumida, las discusiones anteriores establecieron que las mujeres de clase baja en Río de Janeiro consideran, en abrumadora mayoría, que la procreación irrestricta es incompatible con sus recursos limitados y, por consiguiente, con la posibilidad de criar a sus familias en conformidad con sus propias normas de crianza de los hijos; preferirían un tamaño pequeño de la

familia, que más comúnmente se fija en dos o tres hijos. Aunque la mayoría de las mujeres ha oído hablar de diversas técnicas que pueden usar para impedir los nacimientos indeseados, sólo una pequeña minoría ha logrado planificar su familia de acuerdo a sus propias sentidas necesidades y aspiraciones. Se constató que los principales motivos de esta discrepancia entre aspiraciones y acciones eran: falta de conocimiento efectivo sobre la anticoncepción, recursos materiales inadecuados e incompatibilidad entre los patrones de apareamiento de la clase baja y las formas de organización marital con respecto a las exigencias de una planificación efectiva prolongada.

Nuestro planteamiento es que las consideraciones en cuanto al nivel individual de las aspiraciones y actividades de planificación familiar, habitualmente se relegan a una condición secundaria menor en las deliberaciones acerca de las políticas de población. Por lo general, al calor de las discusiones acerca de las tasas óptimas de crecimiento y acerca de las implicaciones ideológicas de las políticas de población, los protagonistas de las diversas posiciones anti o pronatalistas prestan escasa atención a las sentidas necesidades del individuo. No obstante, resulta esencial que el nivel individual de alternativas y de aspiraciones reciba su justo merecimiento en cualquiera discusión sobre política de población. En verdad, se puede echar mano a varios argumentos macroeconómicos y macrosociológicos de peso a favor de las distintas tasas de crecimiento, pero tales políticas no debieran jamás implementarse en detrimento y desprecio de los deseos y necesidades de los individuos, en particular no solamente de los de un solo grupo socio-económico. Se plantea aquí que, puesto que la planificación familiar responsable no puede ejercerse ignorando las alternativas existentes, las consecuencias prácticas de los presentes enfoques a macroescala con respecto a las políticas de población son las de impedir que el estrato menos informado lleve a la realidad sus ambiciones de planificación familiar.

La lectura de los hallazgos presentados a lo largo de esta obra, lleva a la conclusión de que la gran mayoría de las mujeres de clase baja de nuestra muestra desea planificar efectivamente sus actividades reproductivas; en forma semejante, la procreación irrestricta y la planificación no exitosa imponen sacrificios enormes tanto a los padres como a los hijos.

Estas aspiraciones tan difundidas, evidentemente concuerdan con la tendencia más general que va desde una aceptación pasiva hasta el control activo sobre el ambiente natural que caracteriza al desarrollo del proceso de modernización. En realidad, la transformación desde una conducta demográfica "tradicional" a una "moderna" puede describirse

como un proceso en el cual el individuo adquiere la capacidad de ejercer un creciente control sobre el tamaño y el espaciamiento de su prole, de acuerdo a sus propias necesidades, aspiraciones y convicciones morales. Si nos abstraemos temporalmente de los argumentos cargados emocional y políticamente que rodean a los problemas de población, el dominio del individuo sobre sus actividades procreativas no puede considerarse sino como una manifestación del dominio cada vez mayor del hombre sobre los procesos biológicos naturales y por lo tanto como una meta deseable.

Resumiendo lo dicho anteriormente, se puede afirmar que la brecha entre las aspiraciones y la práctica en cuanto a planificación familiar entre las mujeres de clase baja es en gran parte atribuible a una combinación de algunos de los siguientes factores: conocimiento insuficiente, recursos inadecuados e inestabilidad marital.

Con respecto al último factor, no es nuestro propósito enjuiciar moralmente los patrones de apareamiento de la clase baja ni sugerir cómo se podría alterar este comportamiento. Como lo han demostrado los autores que han realizado un estudio intenso del tema,^{90/} y como se ha demostrado con varios casos en este estudio, la "cultura de la pobreza" dicta soluciones y formas de conducta que desafían una interpretación en términos de una moral de clase media. Además, los patrones de apareamiento y de organización familiar de la clase baja tienen raíces profundamente enclavadas en una matriz de estructuras socio-económicas subyacentes que desafían cualquier diagnóstico fácil y cualquier panacea unilateral. Sin embargo, las consecuencias perjudiciales de la inestabilidad marital, en particular para los hijos nacidos de uniones inestables, son enormes y por sí mismas indican la necesidad de una planificación familiar más responsable.

En lo que respecta a los recursos inadecuados, cualquiera tentativa de sintetizar los factores históricamente arraigados y entrelazados estructuralmente que desembocan en las posibilidades económicas deprimidas de la población representada en la muestra nos llevaría muy lejos del tema, o bien desembocaría en la reiteración de perogrulladas inútiles. Tales dificultades, no obstante, no nos permiten quitar el énfasis de la naturaleza crucial del problema económico que, en virtud de su trascendencia, es el único problema verdadero que enfrenta esta gente. Los dilemas de planificación familiar de las mujeres de clase baja que se pusieron de relieve en el transcurso de este volumen, la inmensa brecha entre las aspiraciones y su realización que repetidamente se

^{90/} Véanse particularmente los diversos volúmenes escritos por Oscar Lewis sobre la cultura de la pobreza en México y Puerto Rico.

subrayan, son a la vez reflejo y parte del problema que todo lo incluye: la pobreza estructural. Los esfuerzos desesperados, multidireccionales, pero no obstante casuales que estas mujeres hacen por controlar la natalidad son ellos mismos una reacción típica ante la condición de pobreza dentro de los moldes característicos de la conducta de la clase baja.

Impuestos entonces de la solución esencialmente restringida y paliativa que representa el control de la natalidad cuando está divorciado de cambios de mayor envergadura, nuestra atención en estas páginas finales se dirigirá más bien al problema de más fácil solución, cual es el acceso a la información y a los materiales anticonceptivos. Luego intentaremos demostrar cómo una combinación de diversos factores impide efectivamente la difusión de la planificación familiar responsable. Durante toda esta discusión será necesario ampliar el campo de nuestras deliberaciones: la naturaleza de los problemas macrosociológicos tratados aquí trasciende los límites de nuestro campo de estudio y, por lo tanto, exige que formulemos nuestros planteamientos con referencia al Brasil en conjunto, aunque las ilustraciones serán tomadas de la presente investigación.

Como se ha enfatizado anteriormente, a fin de ejercer cualquier forma de control sobre el tamaño y espaciamiento de su prole, el individuo debe, como mínimo, estar enterado de la posibilidad de ejercer este dominio y, posteriormente, entrar en posesión de ciertos conocimientos sobre prácticas efectivas de planificación familiar así como también tener acceso a información anticonceptiva. Nuestro propósito aquí será demostrar que la mayoría de los individuos tiene poca oportunidad de obtener una información objetiva y suficiente que les permitiría regular sus actividades de procreación de acuerdo a sus propias necesidades y aspiraciones.

Las razones para esta situación son numerosas y complejas; esencialmente puede atribuirse a la ausencia de un desarrollo socio-económico extendido que lleve consigo las semillas de la emancipación a múltiples sectores, incluyendo el de la planificación familiar. Pero más allá de esta relación con el desarrollo económico, que es tan obvia que suena a perogrullada, diversos factores inextricablemente ligados, y no obstante superpuestos, pueden discernirse como los obstáculos principales a la libre elección entre las alternativas de planificación familiar. Nos concentraremos aquí en la discusión de tres de estos factores más importantes: la legislación brasileña sobre control de la natalidad, la influencia de la Iglesia Católica y la influencia de los bloques políticamente poblacionistas del Brasil.

a) La legislación brasileña

La legislación brasileña prevaleciente sobre la difusión y uso de los anti-conceptivos, sobre la esterilización y sobre el aborto, en su mayor parte fue promulgada en una época pronatalista y posteriormente no ha sufrido alteraciones importantes (al menos hasta la preparación de este estudio). Las políticas de población en el Brasil ha sido siempre de naturaleza expansionista; siendo un país de dimensiones continentales, generosamente dotado en términos de recursos naturales, Brasil siempre ha estado preocupado de fomentar una población de rápido crecimiento para proteger sus fronteras y explotar sus recursos. En el presente análisis, nos ocuparemos sólo de aquellas leyes que impiden en forma directa o indirecta la diseminación de la planificación familiar libremente elegida.

- i) *Aborto*: El Código Penal brasileño, en sus artículos 124 a 127, considera el aborto, con o sin el consentimiento de la madre, ya sea autoinducido o por terceras personas, como un delito criminal sancionable con penas que fluctúan entre uno y diez años de prisión de acuerdo a la naturaleza del caso. El artículo 128, no obstante, condona el aborto terapéutico, es decir, cuando es realizado por un médico para salvar la vida de la madre, o cuando la concepción ocurrió durante el estupro. Además, el artículo 20 de la Ley de Infracciones Penales especifica que es ilegal "anunciar procedimiento, sustancia u objeto destinado a provocar el aborto o evitar el embarazo".

El Código de Ética Médica adopta una orientación semejante en sus artículos 54 a 56 y proporciona instrucciones específicas en cuando a la forma como los abortos terapéuticos han de ser supervisados por los colegas del médico tratante y controlados por el Colegio Médico Regional.

- ii) *Esterilización*: Los reglamentos que rigen la esterilización son similares a los que rigen el aborto; la esterilización de los pacientes masculinos y femeninos está específicamente prohibida por el Código de Ética Médica en su artículo 52; no obstante, este último prevé casos en que el médico puede encontrar necesario realizar una esterilización: "la esterilización es expresamente condenada, pero puede sin embargo ser practicada en casos excepcionales cuando existe una necesidad evidente, confirmada por más de dos médicos". Como en el caso del aborto, el Código especifica luego la forma en que la práctica de la esterilización será supervisada y controlada.

iii) *Anticoncepción*: Hablando en términos estrictos, la legislación brasileña nunca ha emitido un pronunciamiento explícito respecto a la fabricación o uso de procedimientos destinados a impedir la fecundación.^{91/} De todos modos, es obvio que la intención del legislador en diversas oportunidades ha sido la de restringir la diseminación de la información anticonceptiva, favoreciendo con esto la política pronatalista prevaleciente. Sin embargo, *strictu sensu*, los diversos estatutos en cuestión, salvo una excepción, se refieren solamente a la difusión de los métodos anticonceptivos. En orden cronológico, los estatutos pertinentes dicen lo siguiente:

1. Decreto Federal, 11 de enero de 1932, Art. 16: "Está prohibido que el médico ... (f) adopte cualquiera práctica que pueda impedir la concepción o interrumpir la gestación; la provocación del aborto o del nacimiento prematuro es condonada si una junta médica certifica su necesidad terapéutica".

2. Decreto Ley N° 3688, 3 de octubre de 1941, Art. 20: "Se considera como infracción: anunciar cualquier procedimiento, sustancia u objeto destinados a provocar el aborto o evitar el embarazo; multa de quinientos *mil-reis* a cinco *contos de reis*".

3. Decreto Federal N° 4 113, 14 de febrero de 1942, Art. 2, II: "Está expresamente prohibido que los médicos anuncien cualquier tratamiento destinado a evitar el embarazo o interrumpir la gestación, ya sea en forma clara o en términos encubiertos que logran el mismo objetivo".

El Código de Ética del Brasil, de acuerdo con la orientación proporcionada por estos decretos, reitera:

4. Código de Ética Médica, Art. 56, 1957: "El médico no anunciará, ya sea claramente o en términos velados, procedimientos o tratamientos destinados a evitar el embarazo".

iv) *Efecto de la legislación*: ¿Cuáles son las consecuencias prácticas de estos diversos estatutos que gobiernan la anticoncepción, la esterilización y el aborto? Es evidente que es imposible obtener cifras confiables sobre el grado en que son observados. Sin embargo, pueden reunirse diversas consideraciones con respecto a la influencia colectiva de la legislación sobre la conducta real con respecto a la fecundidad.

Primero, en lo que respecta a la legislación que involucra la

^{91/} En años recientes, han sido debatidas diversas proposiciones legislativas de tenor variable, pero no se han llevado a la práctica cambios reales.

anticoncepción, es evidente que los estatutos vigentes se formularon en otra época y que no son ni pueden ser observados estrictamente. En realidad, una interpretación *strictu sensu* de las leyes citadas más arriba nos lleva a la conclusión de que se les permite a las personas practicar la anticoncepción, pero que deben hacerlo sin el beneficio de un conocimiento previo de las técnicas anticonceptivas. De acuerdo a una interpretación, si se hiciera cumplir estrictamente la ley, cualquiera que proporcionara información sobre anticonceptivos, ya sea el médico en su consulta que receta anticonceptivos orales, o el sacerdote que aconseja el uso del método de la abstinencia periódica en el confesionario, técnicamente está sujeto a una multa entre 500 *mil-reis* y cinco *contos de reis*. Estas observaciones han llevado a los observadores a comentar que esta forma de pensar es hoy en día tan obsoleta y anacrónica como la misma moneda con que la ley propone castigar a los transgresores. No es de extrañarse entonces que la profesión médica, entre otras, hace tiempo que ha pasado por alto todo este problema.

En suma, el efecto neto de la legislación vigente sobre la anticoncepción es sencillamente el de circunscribir la información anticonceptiva efectiva a aquellos grupos socio-económicos que tienen un acceso más fácil y directo a los medios pertinentes de comunicación, vale decir, las consultas privadas con miembros de la profesión médica. Los demás grupos se defienden como mejor pueden a través del conocimiento de oídas y la información de palabra.

Puesto que la práctica efectiva de la planificación familiar está inextricablemente ligada a la calidad y a la accesibilidad de la información anticonceptiva, y puesto que la influencia propoblacionista de la legislación brasileña parecería obstruir la divulgación de la información anticonceptiva entre los estratos socio-económicos más bajos, esta legislación contribuye a impedir que el individuo tenga capacidad para decidir libremente sobre el tamaño y el espaciamiento de su prole en conformidad con sus propias necesidades y aspiraciones.^{92/}

^{92/} Resulta interesante, por ejemplo, que la clínica de planificación familiar (de la cual fue seleccionada la cuarta parte de las mujeres) tiene prohibición de anunciar su existencia de manera alguna. Por consiguiente, todas las informantes entrevistadas allí habían acudido a la clínica sobre la base de información de palabra. Es decir, la única característica que sistemáticamente distinguía a estas entrevistadas de otras mujeres con una motivación semejante en cuanto a la planificación familiar era el hecho de que las primeras habían descubierto la existencia de la clínica en forma fortuita.

A su vez, la manera como las leyes que gobiernan la anticoncepción están formuladas favorece involuntariamente una creciente falta de respeto por la legislación vigente sobre aborto. Aisladas de un conocimiento efectivo de la anticoncepción, una proporción cada vez mayor de mujeres, particularmente entre las clases bajas urbanas, recurren al aborto como medio de planificar el tamaño y el espaciamiento de sus familias. Varias encuestas recientes han sugerido que entre el 10 y 25 por ciento de todas las gestaciones de Brasil urbano culminan en un aborto inducido. Nuestra propia encuesta entre las mujeres de clase baja en la zona de Río de Janeiro indica que un 22 por ciento de estas informantes se había provocado por lo menos un aborto en algún momento de su historia reproductiva. Otro 20 por ciento reveló que con respecto a su embarazo más reciente, su primera reacción había sido hacerse abortar el feto; alrededor de la mitad de éstas de hecho intentaron, sin éxito, expulsar el feto por medio de maniobras abortivas.

Las circunstancias que rodean cada uno de estos casos varían grandemente, pero el hecho fundamental sigue siendo que las clases bajas recurren al aborto con mayor frecuencia, porque son las menos capaces de sobrellevar la carga económica de más niños, a la vez que son las menos equipadas cultural y financieramente para conocer y usar técnicas anticonceptivas eficaces. Además, es más probable que estos grupos se hagan abortos en el tipo de condiciones antihigiénicas y sórdidas que pueden causarles un daño permanente o inclusive la muerte.

Con respecto a la esterilización, los estatutos vigentes son breves y se prestan para interpretaciones subjetivas. En cualquier caso, al parecer, la práctica tiene poca vigencia entre la profesión médica del Brasil. A causa de que la salpingectomía es irreversible, los médicos tienen costumbre de poner de relieve los sentimientos de culpa ocasionados en los pacientes de una cultura predominantemente católica como resultado de la esterilización permanente. Claro está, ya que es inherentemente irreversible, la esterilización no puede plantearse como la solución ideal para todas las mujeres jóvenes que intentan regular el tamaño o el espaciamiento de sus familias.

En la muestra presente, resulta sugestivo que, frente a tentativas frustradas reiteradas de planificación familiar, una gran cantidad de mujeres, particularmente entre la clase baja, aspira a la esterilización como solución permanente a las presiones ocasionadas por la procreación constante. Por ejemplo, aunque no se hizo mención explícita o implícita alguna de la esterilización en ninguna parte del cuestionario, alrededor de un 17 por ciento de las mujeres afirmaron que esperaban ser esterilizadas en el futuro cercano. Incidentalmente, resulta irónico

que incluso esta medida desesperada se vea frustrada por el costo prohibitivo de una operación semejante.

Para recapitular, la legislación inherentemente pronatalista que rige la anticoncepción en el Brasil favorece la perpetuación de una fecundidad más alta entre las clases más bajas a la vez que contribuye indirectamente a una alta tasa de aborto ilegal. Para el futuro, se pueden anticipar escasas modificaciones a juzgar por el tenor de los poco frecuentes pronunciamientos oficiales. El silencio oficial sobre este punto parecería provenir de la aprobación tácita de la planificación familiar al nivel de aquellas parejas individuales que tienen la capacidad para llevarla a cabo, más un temor subyacente de que cualquiera alteración en las normas actuales inevitablemente conduciría a políticas inconvenientes de freno del crecimiento.

b) *La iglesia católica*

En relación a las restricciones explícitas e implícitas sobre la planificación familiar, debemos decir unas breves palabras sobre la influencia de la Iglesia en este campo. Numerosos estudios han demostrado que el factor religioso ejerce sólo una influencia secundaria sobre el comportamiento con respecto a la fecundidad en América Latina, especialmente cuando se considera en relación al efecto de factores tales como educación, *status* socio-económico y residencia rural-urbana. El ascendiente de estas últimas variables no puede negarse, pero valdría la pena mencionar otro aspecto de la influencia de la Iglesia que fácilmente es pasado por alto, vale decir, su acción indirecta sobre las estructuras e instituciones sociales que contribuyen a restringir las actividades de planificación familiar.

La posición oficial de la Iglesia respecto de la planificación familiar permanece fundamentalmente invariable, a pesar de la enorme controversia suscitada por la encíclica *Humanae Vitae*. En efecto, no obstante las referencias a la paternidad responsable y al trastocamiento de las finalidades primarias y secundarias del matrimonio, la prohibición tradicional de la Iglesia de todas las técnicas de planificación familiar excepto la abstinencia periódica, sigue siendo válida. ¿Qué ramificaciones tiene esta posición con respecto a la planificación familiar en Brasil?

En resumen, podría plantearse que el efecto de la reafirmación de la doctrina tradicional por parte de la Iglesia es más visible en lo que dejó de hacer que en lo que realmente logró. En el caso del Brasil, la encíclica parece haber reforzado las actitudes oficiales vigentes hacia el refrenamiento de la planificación familiar, mientras que una actitud más liberal podría haber obligado a un replanteamiento y posiblemente a una

eventual revisión de las políticas existentes. Considérense, por ejemplo, los telegramas de felicitaciones que enviaron por separado el Presidente y los miembros del Congreso de Brasil al Papa Paulo VI con motivo de la publicación de la encíclica. El segundo mensaje, firmado por más de doscientos representantes dice, en parte, como sigue:

“... Tenemos el honor de transmitirle a Su Santidad la expresión de nuestro vigoroso apoyo a la iluminadora y oportuna Encíclica, *Humanae Vitae* ... Evidentemente, reconocemos las circunstancias que trágicamente involucran el destino de la familia cristiana en términos tanto de la incidencia de los imperativos económicos como de la avalancha de principios materialistas ... Pero, después de *Humanae Vitae*, pudimos visualizar la naturaleza verdadera de los problemas que nos involucran y nos inquietan ... Nosotros, los Representantes Federales de Brasil, expresamos nuestra más profunda gratitud al Santo Padre”.^{93/}

En suma, sucede que las actitudes de la Iglesia coinciden, en ciertos aspectos, y no necesariamente por los mismos motivos, con las políticas tradicionales pronatalistas del Gobierno de Brasil, reforzando con esto ambas barreras para la divulgación de una planificación familiar efectiva.

Paradójicamente, las procripciones de la Iglesia ejercen la mayor influencia indirecta sobre aquellos sectores de la sociedad que están menos identificados con ella, es decir, la enorme clase baja. Aunque la gran mayoría de los brasileños son nominalmente católicos, es un hecho bien conocido para los científicos sociales que la gran mayoría de los católicos practicantes y esclarecidos provienen de los estratos medio y alto. A causa de esta circunstancia, la influencia de la Iglesia en esta esfera varía en calidad e intensidad según las categorías socio-económicas.

Es de conocimiento general que, desde el Concilio Vaticano, numerosos confesores se han basado en opiniones teológicas no oficiales a fin de permitir a las parejas el privilegio de utilizar otros métodos de planificación fuera del oficialmente aprobado por la Iglesia. Dentro de los estratos socio-económicos más bajos, sin embargo, la situación es muy distinta. Como regla general, el estrato inferior, que es numéricamente el más importante, no tiene acceso físico o cultural a las opiniones teológicas de un color u otro y, por consiguiente, es poco probable que esté informado acerca de las sutilezas y excusas que los confesores les encuentran a sus fieles en los estratos más privilegiados. Para los individuos de la clase baja, puede postularse que la influencia

^{93/} *Jornal do Brasil*, 15 de agosto de 1968.

de la Iglesia es más bien indirecta que directa en este campo, es decir, actúa sobre las estructuras e instituciones sociales antes que sobre la persona o grupo.

Como se demostró durante el curso de este estudio, la población urbana de clase baja en gran medida está ajena a las enseñanzas de la Iglesia con respecto a la anticoncepción y, además, sería fundamentalmente incapaz de practicar el único método aprobado por la Iglesia. No obstante, la muestra fue tomada de la población de clase baja de uno de los centros urbanos más avanzados social y económicamente de América Latina, en un momento en que la polémica encíclica había estado en discusión durante casi un año. Obviamente, en las zonas rurales y en la población brasileña de clase baja en general, esta falta de información necesariamente se vería acentuada.

En suma, desde un punto de vista sociológico, puede postularse que la Iglesia Católica, al reforzar las políticas tradicionales pronatalistas en Brasil, sirve como eficaz barrera a la divulgación de prácticas de planificación de la familia de libre elección; además produce sus efectos más adversos precisamente en aquellos segmentos de la población que menos se identifican con la Iglesia.

c) Otros factores

Dentro del dominio de los obstáculos a una planificación familiar amplia y libremente escogida existe un factor cuyos efectos difícilmente podrían ser medidos en una forma cuantitativa, pero que sin embargo tiene considerable influencia. Este factor podría describirse como un temor o sospecha de que la creciente agitación acerca de la explosión demográfica y acerca de la planificación familiar es motivada por impulsos y/o tendrá consecuencias que son fundamentalmente perjudiciales para el interés nacional. Esta desconfianza generalizada puede tomar una de diversas formas, cuyo común denominador radica en la creencia de que nada bueno puede salir de una disminución de las tasas de crecimiento de la población del Brasil y, por ende, de la planificación familiar. Tales sentimientos son compartidos por un número importante de intelectuales, científicos, dirigentes religiosos, dirigentes militares y políticos y, por consiguiente, inevitablemente contribuyen a la preservación de las actuales salvaguardias poblacionistas.

Entre las más importantes en este racimo de sospechas superpuestas cabe anotar la aprehensión provocada por el interés de las potencias extranjeras, particularmente de los Estados Unidos, en difundir información anticonceptiva, deteniendo con ésto las tasas sin precedentes de crecimiento de la población de América Latina. Sin hurgar en la larga

historia de dependencia política y económica de la región, resulta no obstante evidente que muchos brasileños y otros latinoamericanos hacen mucho que dejaron de creer en el altruismo puro de sus benefactores. Por ejemplo, cuando el señor Galo Plaza, Secretario General de la OEA, hizo la siguiente declaración durante la época de este estudio, simplemente resumió una preocupación generalizada:

“En términos de la afluencia neta de capital, es evidente que de hecho América Latina está ayudando a los Estados Unidos. En 1967, 500 millones de dólares procedentes de América Latina ingresaron a los Estados Unidos; considerando este hecho y el condicionamiento de la ayuda norteamericana, es evidente que América Latina contribuye a la disminución del déficit de los Estados Unidos en su Balanza de Pagos. La cooperación de los Estados Unidos ha ido disminuyendo, mientras que las condiciones impuestas para los préstamos se vuelven progresivamente más onerosas. Aquellos que se lamentan de que los Estados Unidos está sobrecargado de compromisos de ayuda extranjera olvidan que esta ayuda no representa sino un tercio de centavo de cada dólar de impuesto; que el 80 por ciento de la ayuda se realiza bajo la forma de préstamos que deben devolverse en dólares y con intereses; que más de 90 centavos de cada dólar prestado se gasta en los Estados Unidos”.^{94/}

Frente a tales acusaciones, no es del todo sorprendente que cuando las influencias externas demuestran un interés excesivo en refrenar el crecimiento de la población del Brasil, los brasileños muestren una reacción sumamente negativa. Un punto de vista típico fue expresado por dom Helder Camara, Arzobispo de Recife:

“Uno tiene que considerar lo que estaría sucediendo ahora si el Papa hubiese tomado otra actitud. No se engañen a sí mismos, en este momento América Latina, Asia y Africa se estarían ahogando en píldoras. No puedo olvidar las palabras del Presidente Lyndon Johnson: “cinco dólares gastados en el control de la natalidad son un mejor negocio que cien dólares invertidos en desarrollo”. Esta afrenta aún resuena en mis oídos”.^{95/}

El ex Canciller Magalhães Pinto, de Brasil, expresó una consternación similar ante la intervención extranjera en asuntos de población en su discurso de apertura de la XXIV Asamblea de las Naciones Unidas: “Sería oportuno señalar que ... algunos científicos, estimulados por unos pocos gobiernos y agencias internacionales, insisten en demostrarnos los

^{94/} *Ibid.*, 10 de agosto de 1969.

^{95/} *Jornal do Comércio*, 28 de septiembre de 1968.

peligros de la explosión demográfica, deduciendo alarmantes generalizaciones extraídas de la situación específica de cada país y región ... Brasil está firmemente decidido a resistir todas las presiones dirigidas en contra de su crecimiento demográfico. Para nosotros, la vida debe seguir teniendo prioridad sobre la muerte".^{96/}

Un facultativo de una importante escuela de medicina expresa una crítica aún más aguda:

"el capital invertido ... en las industrias farmacéuticas ha llevado a cabo experimentos de control de la natalidad con los pobres como conejillos de Indias ... y ahora se vuelve hacia las mujeres brasileñas de la Amazonia, el Nordeste, Goias y de las favelas de Guanabara ... Las campañas de control de la natalidad, tan urgentemente recetadas para los pueblos subdesarrollados, no son otra cosa que maniobras neocolonialistas".^{97/}

Estas citas podrían multiplicarse, pero las implicaciones ya están claras, los brasileños de muchos sectores sociales se oponen a cualquier modificación de las tasas de crecimiento natural del país y, por consiguiente, de las políticas de planificación familiar sobre la base de que tales cambios serían estimulados por la interferencia extranjera, la cual, por definición, va en contra de los mejores intereses de este país.

Una corriente de pensamiento afín y no menos importante expresa la opinión de que las tentativas que se hacen de planificar la familia o de reducir las tasas de crecimiento de la población representan un mero paliativo frente a las verdaderas necesidades del país. Según ésto, se plantea que el problema de la población es una simple cortina de humo establecida por grupos interesados, nacionales e internacionales, para distraer la atención de la necesidad de reformas estructurales básicas; en esencia, se teme que la reforma del mercado internacional y de las estructuras socio-económicas internas sea sustituida por la afluencia masiva de píldoras y DIU.

El análisis de este punto ha sido llevado a efecto en forma extensa en otros lugares^{98/} y por ahora baste con la cita de las siguientes observa-

^{96/} *Jornal do Brasil*, 18 de septiembre de 1969.

^{97/} Prof. Mário Vitor de Assis Pacheco, de la Facultad Nacional de Medicina, en *Última Hora*, 14 de septiembre de 1968.

^{98/} Véase, por ejemplo, J. Mayone Stycos, "Fe, Ideología y Planificación Familiar en América Latina", *Segundo Diálogo de Población*, Barranquitas, Puerto Rico, 14-16 Dic., 1968, págs. 10-21. Stycos, "Latin American intellectuals and the population problem", Cap. 3, en *Human Fertility in Latin America*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1968, Pe. Calderan Beltrão, *Familia e política social*, Editora Agir, 1962. Véanse también varios trabajos en Conferencia Regional Latinoamericana de Población, Session 6, *Políticas de Población*, México, agosto, 1970.

ciones, hechas por un economista brasileño, como un resumen adecuado del punto bosquejado aquí:

“Las presiones demográficas precipitan soluciones de orden político y social; me refiero ahora ... al hecho de que el interés de las naciones desarrolladas por controlar la fecundidad en las naciones subdesarrolladas resulta sospechoso ... De hecho, esto constituye un aplazamiento del problema; es una tentativa de evitar la solución de los graves problemas económicos y sociales del mundo, incluyendo la fijación de precios de las materias primas en una época en que puede verse que el Brasil exporta mucho más café, algodón, azúcar y minerales que hace 20 años y sin embargo recibe menos dólares de retorno ... Es una situación curiosa porque hasta donde yo sé, nunca ha habido un sólo país que haya alcanzado el desarrollo a base de anticonceptivos”.^{99/}

Por último, podríamos mencionar un punto de vista poblacionista, que hasta el día de hoy atrae la atención de un número sorprendentemente grande de brasileños. En esencia, éste es el clamor tradicional que ha resonado en el Brasil desde la época de la esclavitud: “la falta de brazos”. El argumento fundamentalmente plantea que se requiere una población grande y creciente para la explotación del territorio nacional, para el poderío militar, o como mercado siempre creciente para la producción doméstica a gran escala; en suma, las meras cifras son igualadas con la capacidad de colonización, el poderío militar y el poder comprar. En vista de la extensión del Brasil y de sus recursos naturales, tales argumentos probablemente ejercen una mayor influencia en este país que incluso en otras partes de América Latina.

Brevemente, las citas siguientes resumen los puntos de vista sostenidos por numerosos brasileños a este respecto:

“No cabría la menor duda de que una política semejante (de control de la población) eliminaría todas nuestras posibilidades de desarrollo. ¿Cómo podemos promover un auténtico desarrollo industrial nacional si intentamos limitar la utilización y la multiplicación de brazos? ¿Cómo vamos a emprender la verdadera reforma agraria si no es con la ayuda de los recursos humanos que se han requerido durante tanto tiempo?”.^{100/}

“No me parece a mí que el control de la natalidad sería una solución

^{99/} Prof. Vamirah Chacón (Professor Catedrático de Economía na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pernambuco), en *Jornal Brasileiro de Medicina*, 16(5), Nov. 1966, pág. 435.

^{100/} F. Pompeu de Amareal, en *Diário de São Paulo*, 22 de septiembre de 1968.

moral a los problemas demográficos, especialmente en el Brasil, país cristiano que posee tanto territorio inexplorado. El problema no es cómo reducir el número de invitados, sino cómo aumentar su comida".^{101/}

Nuevamente, no es nuestro propósito validar o refutar estas diversas afirmaciones, sino más bien señalar su fuerza disuasiva con respecto a la planificación familiar. Tomando en conjunto todos estos argumentos pronatalistas, es decir, el antiimperialismo, el control de la población como paliativo y los números como poder, es evidente que reúnen proponentes de tendencias políticas de la izquierda, derecha y centro. En conjunto, constituyen un formidable bloque poblacionista y con ello contribuyen a retardar la remoción de las barreras existentes frente a la planificación familiar.

Conclusiones

Habiendo establecido inicialmente las amplias aspiraciones de planificación de la familia que prevalecen en importantes sectores de la población brasileña, la presente discusión ha bosquejado algunos de los obstáculos más importantes que consciente o inconscientemente retardan la planificación familiar de elección libre e individualizada.

En el curso de esta presentación se habrá observado que en el Brasil, una gran parte del debate sobre población se sitúa en un clima de racionalizaciones partidistas y emocionales. Algo de este clima es a su vez atribuible tal vez a la condición relativamente primitiva de la ciencia de la demografía en este país; la falta de conocimientos demográficos resulta en la proclamación de algunas afirmaciones espantosas respecto a las tendencias de la población. En todo caso, la posibilidad de que a otro nivel de discusión los argumentos ideológicos o científicos podrían concebiblemente ser invocados en favor de un rápido crecimiento de la población no han sido descartados aquí. El punto principal que se plantea es que incluso si se validase una política de población semejante a macronivel, ésta no debe jamás implementarse en detrimento de uno de los estratos socio-económicos en particular. La delimitación obligatoria de la familia constituiría un ataque atroz a la dignidad humana, pero rehusar un conocimiento eficaz eliminando así la libertad de elección en los asuntos de planificación familiar a un grupo ya en desventaja sería igualmente inhumano.

Además, puede derivarse de la discusión anterior que los obstáculos más grandes a la planificación familiar son inherentemente discrimina-

^{101/} Dom Antonio de Castro Meyer (obispo de Campos), en *Diario da Noite de São Paulo*, 8 de febrero de 1968.

torios, puesto que niegan eficazmente la información a los estratos socio-económicos menos privilegiados. Por consiguiente, acentúan la relación inversa existente entre la condición socio-económica y la fecundidad, dejando de este modo el peso de la procreación a los segmentos de la población menos capacitados para mantener a sus hijos como corresponde a la dignidad humana.

Estas consideraciones reclaman a grandes voces el derecho que asiste a las familias a elegir el número y el espaciamiento de sus hijos. Este derecho debe ejercerse sin una coerción física o psicológica por parte de grupos de presión locales, nacionales o internacionales. En último término, para que este derecho tenga algún significado práctico, es igualmente necesario que los individuos tengan acceso a los servicios de información indispensables que les permitirán planificar sus familias de conformidad con sus necesidades y aspiraciones.

APENDICE A

LA MUESTRA

Durante las tres últimas décadas, los científicos sociales han logrado importantes adelantos en la explicación del comportamiento humano respecto a la formación familiar utilizando muestras representativas en gran escala. Después de tantas investigaciones en las que se han examinado las determinantes de fecundidad al nivel agregado, el presente estudio prefirió volver al análisis intensivo de un número reducido de casos, seleccionados más por su relevancia que por su estricta representatividad. A fin de maximizar la posibilidad de profundizar el análisis logrando una mayor accesibilidad de las encuestadas, la muestra fue restringida a mujeres entre 25 a 30 años que estaban siendo atendidas en dos clínicas prenatales y en una clínica de planificación familiar al servicio de los estratos más bajos de la población de Río de Janeiro. A continuación, se hace una breve relación de las consideraciones que se tuvieron en cuenta en el diseño y selección de la muestra.

a) Clase social

La muestra fue dirigida a una población de clase baja a fin de controlar el efecto del nivel socio-económico, una de las determinantes más importantes del comportamiento reproductivo y a la vez maximizar la comprensión que podría lograrse con el estudio de un número relativamente pequeño de casos.

En todas partes del mundo la práctica del control de la fecundidad, por lo general, ha sido efectuada en un comienzo por los estratos socio-económicos más altos y desde allí se ha filtrado hacia abajo, hacia los grupos de condición socio-económica más baja. Aunque la diferencia inicial entre las tasas de fecundidad de las clases altas y bajas tiende a disminuir con la modernización, por lo general, estas desigualdades persisten, de tal modo que incluso en las sociedades tecnológicamente avanzadas, la clase social subsiste como una determinante primaria de la conducta con respecto a la fecundidad.

Dado el nivel intermedio de las tasas de fecundidad de Río de Janeiro, puede suponerse que un descenso de la fecundidad ya se ha llevado a efecto en la mayoría de la población de clase alta y media. Además, dada la preponderancia cuantitativa y proporcional de los

grupos socio-económicos bajos en Río, es evidente que por lo menos algunos segmentos de los estratos más bajos también han realizado esfuerzos conscientes por controlar su fecundidad, porque de otro modo el control de la natalidad en las clases alta y media habría producido escaso efecto en las tasas globales de fecundidad de la ciudad. Por consiguiente, los procesos de planificación familiar y de constitución de la familia serán más diversificados dentro de los estratos bajos y, por lo tanto, el tipo de estudio exploratorio-descriptivo propuesto aquí dará una comprensión mayor del problema al concentrarse en este grupo.

De hecho, el efecto de la clase social sobre el comportamiento con respecto a la fecundidad se redujo en forma apreciable, pero no se eliminó totalmente con el presente enfoque; en realidad, la existencia de una considerable heterogeneidad dentro de la amplia categoría "clase baja" obligó a una eventual subdivisión de este grupo para ciertos propósitos analíticos.

b) Lugar del estudio y sexo de los informantes

Las entrevistas se realizaron en dos grandes maternidades y en una clínica de planificación familiar, las que en forma característica cubren las necesidades de las mujeres de clase baja. Una de las maternidades es dirigida por el Estado de Guanabara y atiende aproximadamente a 16 000 pacientes por año; 144 pacientes de la clínica prenatal fueron entrevistadas en esta institución. La segunda maternidad es manejada y financiada por una organización privada de caridad y su carga asistencial es de aproximadamente 9 000 casos anuales; 114 pacientes de la clínica prenatal fueron entrevistadas durante el curso de este estudio. Por último, la clínica de planificación familiar es una asociación dirigida por un grupo de ginecólogos, la que en 1969 prestó asistencia a aproximadamente 8 000 mujeres; un total de 80 mujeres fueron entrevistadas en esta clínica. El hecho de realizar las entrevistas en estos locales no sólo contribuyó a localizar y a obtener informantes para una entrevista detallada y prolongada, sino que además fue condescendiente a una investigación exitosa de tópicos que por lo general se consideran como demasiado delicados o de otro modo impropios para ser incluidos en cuestionarios de rutina en el hogar.

Además, dada la naturaleza exploratoria del estudio, muchas preguntas, y en consecuencia el éxito de las entrevistas, dependían fuertemente de la cooperación de las encuestadas y de la capacidad de las entrevistadoras de establecer un buen contacto con las encuestadas. En estas circunstancias, el hecho de que las informantes estaban directamente interesadas e implicadas en el asunto podría provocar una ligera distorsión de las respuestas, particularmente en lo que se refiere a las

actitudes y motivaciones actuales, pero su efecto principal fue aumentar el interés y la cooperación de las encuestadas.

Finalmente, dado el enfoque específico del estudio en relación a la dinámica de la planificación familiar de un estrato socio-económico particular, la selección de la muestra en maternidades y en una clínica de planificación familiar aseguró la obtención de informantes provenientes de aquel estrato, en que los expedientes individuales señalan de especial pertinencia para los objetivos del estudio.

Es evidente que la restricción de la muestra a las pacientes prenatales y de la clínica de planificación familiar a fin de maximizar la pertinencia y accesibilidad crea simultáneamente otros problemas que fueron resueltos con éxito por otros diseños de investigación. Uno de éstos dice relación con la omisión de encuestados masculinos en el estudio y las dudas consiguientes que podrían surgir en cuanto a la validez o integridad de la presente información. No obstante, cualquier decisión de investigación es inherentemente restrictiva y corre el riesgo de cierta distorsión u omisión. El presente enfoque a su vez facilitó la obtención de información crucial al mismo tiempo que contribuyó en forma sensible a la economía del diseño; la debilidad de los vínculos conyugales, el empleo diurno y la dificultad del acceso físico habrían hecho impracticable entrevistar a hombres y mujeres a un mismo tiempo. Por otra parte, muchos de los riesgos pueden disminuirse mediante un esfuerzo concertado por eliminar las probables fuentes de error y por controlar la confiabilidad de la información.

La restricción de la muestra a las mujeres que asistían a clínicas que se sabe sirven a la población de clase baja de Río de Janeiro también suscita la siguiente pregunta: ¿qué mecanismos selectivos, si es que los hay, dominan el ingreso de las mujeres jóvenes a estas instituciones? Respecto a esto, sólo podemos presentar algunas consideraciones generales. Como mínimo, puede afirmarse que todas estas instituciones sirven en forma gratuita a las clases bajas sin discriminaciones. Por consiguiente, por lo menos en forma teórica, sus servicios se hallan a disposición de todas las personas que los necesitan. Sin embargo, es posible que en Río, al igual que en otras ciudades latinoamericanas, las parteras locales todavía jueguen un papel importante, aunque en disminución, en las actividades procreativas de los estratos más bajos. A falta de datos que permitirían una comparación sistemática de las mujeres que buscan la asistencia de las parteras locales con las que obtienen un servicio gratuito en los hospitales y clínicas, será mejor considerar la muestra presente como representativa de aquellas mujeres que solicitan

asistencia en clínicas reconocidas que no persiguen fines de lucro y que sirven a las necesidades de las clases bajas.

c) Edad de las encuestadas

La decisión de restringir la muestra al grupo de edades 25-30 años fue sugerida por la consideración de que sería conveniente mantener constante la principal determinante biológica conocida de la fecundidad diferencial, vale decir, la fase del ciclo de reproducción, a fin de evaluar mejor la influencia de otros factores. Dentro de esta perspectiva, el grupo de edades 25-30 años fue seleccionado porque es a un mismo tiempo un punto crucial reconocido en el ciclo de planificación familiar, el período cumbre de la fertilidad femenina y un período de intensa actividad sexual.

Por otra parte, dada la edad en que la mayoría de las mujeres en estudio iniciaron su vida marital o actividad sexual, la selección de este subgrupo permite la investigación de una historia prolongada de planificación y formación familiares a la vez que minimiza la posibilidad de errores de memoria en varios campos cruciales.

APENDICE B

CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

a) Trabajo preliminar sobre el terreno

En la implementación de este proyecto de investigación, el primer paso consistió en obtener información respecto a varios hospitales y clínicas y en seleccionar a los que podrían servir como base para este estudio. Con posterioridad, se solicitó permiso de las autoridades correspondientes para llevar a efecto el proyecto. La aprobación inmediata y la ayuda ofrecida por estas autoridades fue alentadora e hizo posible circunscribir el campo a aquellas instituciones que ofrecían condiciones óptimas en términos de una gran población de entrevistadas del subgrupo apropiado, como también medios para llevar adelante las entrevistas.

b) Selección de las encuestadas

Las encuestadas fueron seleccionadas en forma aleatoria entre pacientes del subgrupo apropiado que asistían a las dos clínicas prenatales seleccionadas o a la clínica de planificación familiar. Con la colaboración de enfermeras y de asistentes sociales de estas instituciones, el supervisor pudo idear en terreno un sistema por medio del cual las pacientes podían ser entrevistadas mientras esperaban que las examinara el personal médico, reduciendo de este modo a un mínimo la interferencia con las labores de rutina de la clínica. De todas las pacientes elegibles que asistían a las clínicas durante el período de la encuesta, aproximadamente las tres cuartas partes fueron entrevistadas; las limitaciones de tiempo fueron los únicos factores responsables de la omisión del restante.

c) El cuestionario

El cuestionario fue proyectado como un instrumento difuso, maleable, cuya función sería obtener toda la información posible que pudiera arrojar luz sobre el comportamiento con respecto a la fecundidad de un individuo. Tal concepción fluye en forma natural del propósito exploratorio y descriptivo del estudio según se descubrió anteriormente. De conformidad con ello, se utilizaron muchas preguntas semiestructuradas y abiertas, a fin de permitir a las encuestadas el máximo de libertad de acción al elaborar las respuestas, en particular en aquellos campos

directamente relacionados con actitudes, prácticas y determinantes de la planificación familiar.

d) Las entrevistas

En vista del predominio de preguntas abiertas usadas en la encuesta y de la naturaleza exploratoria del estudio, la validez, la integridad y la exactitud de la información de la encuesta dependían mucho de la calidad y desempeño de las entrevistadoras y de su capacidad de establecer un contacto estrecho e inmediato con las encuestadas. De aquí que se tuviera particular esmero en seleccionar, adiestrar y supervisar a un número pequeño de entrevistadoras competentes. Después del adiestramiento de las entrevistadoras, se realizó la prueba preliminar del cuestionario y la selección final de las entrevistadoras en los primeros días de julio de 1969. Unos diez días más tarde, luego de revisiones y de correcciones, el trabajo en terreno se inició en serio con cuatro entrevistadoras y se prolongó durante los meses de julio y agosto.

A pesar de la cooperación de todos, desde un comienzo fue evidente que las entrevistas completas, si se llevaban a cabo de una manera convencional, constituirían una severa imposición respecto al tiempo disponible de las encuestadas y asimismo interferirían de modo perceptible en la rutina hospitalaria. Además, se temió que, dada la preponderancia de las preguntas abiertas, se podría perder una cantidad importante de información valiosa en el transcurso de cada entrevista, a menos que las entrevistadoras tuvieran un adiestramiento especial en taquigrafía o utilizaran algún medio mecánico.

En un esfuerzo por resolver ambos problemas, la mitad de las entrevistas de comprobación preliminar fueron llevadas a efecto con la ayuda de grabadoras para evaluar las ventajas y desventajas que éstas podrían introducir en la situación de la entrevista (así como para ayudar en la evaluación y selección de las entrevistadoras). Sobre la base de esta experiencia, se encontró que de hecho se pasa por alto un segmento substancial de la información de las entrevistas cuando la entrevistadora cuenta sólo con lápiz y papel, y que el uso de grabadoras aminora en forma significativa el tiempo dedicado a cada encuesta. Aún más importante: se descubrió que la grabadora no provocaba ninguna inquietud ni desconcierto por parte de las encuestadas. Por el contrario, las informantes aparentemente estaban motivadas a una mayor participación al estimar que su testimonio era lo suficientemente importante para justificar su grabación.

Por consiguiente, la grabación (y su posterior transcripción por la entrevistadora) de la mayor parte de cada entrevista fue adoptada como procedimiento corriente en todo el estudio. A través de esta práctica, se

pudo mantener la entrevista con una duración de poco más de una hora; sin ella, el tiempo de entrevista habría aumentado por lo menos en un 50 por ciento, además de que se corría el riesgo de perder informaciones valiosas.

e) Cooperación y negativa de las encuestadas

A través de toda la encuesta, sólo una encuestada se negó a ser entrevistada y dos se negaron a llevar a cabo la entrevista hasta el final. De acuerdo al valor asignado por las entrevistadoras, el 51 por ciento de las 338 informantes prestaron una excelente cooperación, el 32 por ciento buena, el 12 por ciento regular y sólo el 5 por ciento reaccionó en forma negativa a la entrevista.

APENDICE C
GUIA PARA LAS ENTREVISTAS

I Información personal

- 1.1 — ¿Qué edad tiene usted?
- 1.2 — En la actualidad, ¿es usted soltera, casada, conviviente, viuda?
- 1.3 — Asistió usted a la escuela?
(SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA)
¿Hasta qué curso llegó?
(SI ASISTIO MENOS DE TRES AÑOS)
¿sabe leer y escribir?
sabe leer.
analfabeta.
- 1.4 — ¿Trabaja en la actualidad?
- 1.5 —(SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE 1.4) ¿Qué trabajo desempeña?
- 1.6 —(SI CONTESTO NEGATIVAMENTE 1.4) Como usted sabe, hoy en día muchas mujeres trabajan ya sea para ayudar a mantener a sus familias o porque quieren manejar dinero propio. En el caso suyo, ¿por qué no está trabajando?
- 1.7 —(PARA LAS MUJERES EN LAS MATERNIDADES QUE RESPONDIERON NEGATIVAMENTE A 1.4) ¿Trabajaba usted antes de quedar embarazada? (Si la respuesta es afirmativa)
¿Qué tipo de trabajo desempeñaba?
PARA TODAS LAS QUE ACTUALMENTE TRABAJAN O QUE TRABAJABAN ANTES DEL ACTUAL EMBARAZO
- 1.8 — ¿Trabaja (trabajaba) en su casa o afuera?
- 1.9 — ¿Cuánto dinero gana (ganaba)?
- 1.10 — ¿Por qué trabaja (o trabajaba antes de este embarazo)?
- 1.11 —(MUJERES EN UNIONES DE COHABITACION) ¿Trabajaba antes de esta unión?
- 1.12 — ¿Vive en una casa, apartamento, favela o pieza? ¿Dónde?
- 1.13 — ¿Cuántas piezas tiene? ¿Cuáles son?
- 1.14 — ¿Cuántas personas viven allí en total (... adultos, ... niños menores de 14 años)?

- 1.15 — ¿Tiene en su casa alguno de los artefactos siguientes: radio, refrigerador, TV, cocina a gas?
- 1.16 — ¿Pertenece a alguna religión? ¿A cuál?
- 1.17 — ¿Asiste a servicios religiosos? ¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia?
- 1.18 — ¿Usted sabe si la Iglesia dice algo sobre el problema de las parejas que evitan los hijos? ¿Qué dice la Iglesia?
- 1.19 — ¿Cree usted que la Iglesia tiene derecho a decidir qué cosas (métodos) puede o no puede usar la pareja para evitar los hijos? ¿Qué opina al respecto?
- 1.20 — ¿Dónde vivían sus padres cuando usted nació? ¿En que Estado? (SI EN GUANABARA, DIRIJASE A 2.1) ¿Era una zona rural, una ciudad pequeña, o una gran ciudad?
- 1.21 — ¿Dónde ha vivido usted la mayor parte de su vida?
- 1.22 — ¿A qué edad llegó a Río?
- 1.23 — ¿Vino sola o acompañada de otras personas? ¿Quién más vino con usted?

II Situación en la vida, aspiraciones y planificación general

- 2.1 —(MUJERES EN UNIONES DE COHABITACION) Si usted comparara su actual situación económica, la relación con su marido, su situación familiar general, con la que usted tenía cuando se casó ¿diría que las cosas han mejorado, empeorado o siguen igual? ¿De qué modo? ¿Por qué?
- 2.2 —(MUJERES ACTUALMENTE SOLAS) Si usted comparara su actual situación en términos de dinero, empleo, casa o situación en la vida en general con la que usted tenía hace unos tres o cinco años, ¿diría usted que las cosas han mejorado, empeorado o siguen igual? ¿De qué modo? ¿Por qué?
- 2.3 —(TODAS) Ahora bien, si piensa en el futuro, digamos dentro de unos tres a cinco años, ¿cree usted que su situación será mejor, peor, o que será igual? ¿Por qué dice usted eso?
- 2.4 —Considerando la situación de su familia y las oportunidades que los niños tienen de estudiar hoy en día, dígame, ¿cuánto tiempo piensa usted que su hijo mayor va a asistir a la escuela? ¿Por qué?
- 2.5 — ¿Qué piensa usted que va a ser de él en la vida? ¿En que piensa usted que podrá trabajar? ¿Por qué dice eso?
- 2.6 —En comparación con la vida que ha tenido usted, ¿cree que sus hijos tendrán una vida mejor o peor que la suya? ¿Por qué?

(PARA LAS MUJERES CON HIJOS VIVOS)

- 2.7 - ¿Cree usted que la vida le sería más fácil si tuviera más hijos o menos hijos de los que ya tiene? ¿Dé qué modo?
(TODAS)
- 2.8 - ¿Cree usted que una persona pueda decir, por ejemplo: "Voy a tener sólo dos hijos", o, "Voy a tener cinco hijos", y que logre tener exactamente el número que desea?
(SI LA RESPUESTA ES SI) ¿Cree usted que es fácil o difícil lograr esto? ¿Por qué?
(SI ES NO) ¿Por qué dice que no se puede?
- 2.9 - Hay personas que cuando reciben el sueldo, dejan algo aparte para el arriendo, la alimentación, etc. ... ¿Usted (y su marido) tienen la costumbre de hacer esto?
(SI RESPONDE SI) ¿Cómo lo hacen?
(SI LA RESPUESTA ES NO) ¿Por qué no lo hacen?
- 2.10 - ¿Podría usted decirme en qué se va la mayor parte de los ingresos de su familia?
(SI LA RESPUESTA ES SI) ¿En qué? ¿Cuánto se gasta en esto?
- 2.11 - Cuando sale a comprar alimentos (arroz, frejoles, harina), ¿por lo general compra para la semana o para el diario, a medida que necesita las cosas?

III Actitudes hacia el tamaño de la familia

- 3.1 - Si tuviese que elegir entre una familia con muchos chicos y una con pocos niños, ¿cuál preferiría? ¿Y cuántos serían estos niños? ¿Por que prefiere usted una familia (grande, chica) ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?
- 3.2 - En su opinión, ¿los ricos tienen más hijos, menos hijos o el mismo número de hijos que los pobres? ¿Por qué dice eso? ¿Cómo explica esta diferencia?

MUJERES EN UNIONES DE COHABITACION

- 3.3 - Antes de casarse, ¿había pensado alguna vez acerca del número de hijos que le gustaría tener?
(SI LA RESPUESTA ES SI) ¿Cuántos?
- 3.4 - Antes de casarse, ¿hablaron usted y su marido alguna vez acerca del número de hijos que les gustaría tener?
(SI LA RESPUESTA ES SI) ¿Estuvieron de acuerdo? ¿Cuántos quería él? ¿Cuántos quería usted?
- 3.5 - Y últimamente, ¿usted y su marido han hablado acerca del número de hijos que les gustaría tener?
(SI LA RESPUESTA ES SI) ¿Están de acuerdo? ¿Cuántos?

- 3.6 —¿Cuanto tiempo piensa usted que debe pasar entre dos embarazos? ¿Por qué?
- 3.7 —Según como van las cosas, ¿cuántos niños más piensa usted que tendrá (después de éste)?
- 3.8 —Ahora bien, me gustaría que pensara acerca de la vida que llevan usted y su familia, acerca de cuánto gana su marido, acerca de la casa en que viven, etc., y luego dígame ¿cuál piensa usted que sería el mejor número de hijos para usted?
- 3.9 —¿Cuál fue la reacción de su marido la última vez que quedó embarazada?
- 3.10 —(TODAS) ¿Cuál fue su reacción la última vez que quedó embarazada?
- 3.11 —(LAS MUJERES QUE VIVEN SOLAS) ¿Ha pensado usted alguna vez en la cantidad de hijos que le gustaría tener? ¿Cuántos? ¿Por qué?

IV Antecedentes sobre el esposo y sobre la unión marital

(MUJERES EN UNIONES DE COHABITACION)

- 4.1 —¿Qué edad tiene su marido?
- 4.2 —¿Qué tipo de trabajo desempeña?
- 4.3 —¿Cuánto tiempo ha tenido este trabajo?
- 4.4 —¿Cuántos días a la semana trabaja él?
- 4.5 —¿Tiene una tarjeta de identidad laboral firmada por su jefe?
- 4.6 —¿Cuánto gana?
- 4.7 —¿Qué hace su marido en su tiempo libre en la casa? ¿Le ayuda a usted en la casa o con los niños?
- 4.8 —Los domingos y festivos, ¿su marido por lo general se queda en casa o sale? ¿sale casi siempre solo? ¿qué hizo el domingo último?
- 4.9 —Algunos maridos cuando llegan a su casa les gusta hablar de todo lo que les pasó durante el día, otros no son tan conversadores. ¿Cómo es su marido? ¿De qué hablan por lo general?
- 4.10 —Cuando tienen que acordar una decisión importante como comprar algo más caro o mandar a los hijos a la escuela, ¿quién es el que decide en su familia? ¿Ha comprado algo recientemente? Si es así, ¿quién decidió y escogió?
- 4.11 —Como usted sabe, todas las familias tienen sus problemas y dificultades. ¿Cuáles son los problemas principales que tiene su familia en cuanto a dinero, salud, trabajo, niños, marido, etc.?
- 4.11B—¿Y qué puede decirme de las discusiones y peleas con su marido? ¿Por qué se producen?

- 4.12 —Si compara a su marido con el de otras mujeres, ¿diría usted que el suyo es (muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo) como marido? ¿y como padre? ¿Por qué dice que es un ... marido y un ... padre? ¿Cuáles son sus cualidades y defectos?

V Historia de embarazos

- 5.1 —En total, ¿cuántas veces ha estado embarazada?
- 5.2 —¿Tiene hijos vivos? Si es así, déme el nombre, fecha de nacimiento, edad y sexo de cada uno comenzando por su hijo mayor.
- 5.3 —¿Tuvo usted algún hijo que haya nacido vivo pero que después se haya muerto? ¿Cuántos? Si es así, déme la fecha de sus nacimientos y la fecha de cuando murieron.
- 5.4 —¿Tuvo usted algún embarazo que terminara en un aborto espontáneo o en que el niño haya nacido muerto?
(EN LOS CASOS DE MORTINATO) Fecha de nacimiento.
(SI ABORTO ESPONTANEO) ¿Fue provocado (inducido) o natural? ¿Cómo sucedió? ¿Cuáles son las fechas de los abortos espontáneos y/o abortos inducidos?
- 5.5 —Así es que en total usted ha estado embarazada ... veces, ¿no es cierto?
PARA LAS QUE DECLARAN UNO O MAS ABORTOS
- 5.6 —En su caso, ¿se provocó los abortos usted misma o alguien la ayudó? ¿Quién la ayudó? ¿Cómo lo hizo (usted, él, ella)? ¿Qué se usó para provocar el aborto?
- 5.7 —¿Cuál fue el principal motivo (CADA VEZ) para hacerse abortar?
- PARA AQUELLAS QUE NO HAN DECLARADO UN ABORTO
- 5.8 —¿En que casos o situaciones cree usted que está bien que una mujer se provoque un aborto?

VI Historia de uniones maritales

- 6.1 —Antes usted me dijo que usted ahora está ..., ¿no es cierto? (COMPLETE Y CORRIJA)
- 6.2 —(PARA LAS MUJERES QUE VIVEN SOLAS) Pero usted mantiene relaciones con un hombre en la actualidad, aunque él no vive en la misma casa que usted, ¿no es así? (DESCRIBA LA SITUACION REAL)
- 6.3 —(TODAS) En total, ¿cuántas veces ha estado casada o unida a alguien?

PARA CADA UNIÓN PREGUNTESE:

- 6.4 –Mes y año de la unión
- 6.5 –Edad al unirse
- 6.6 –Tipo de unión
- 6.7 –Antes de casarse (o unirse), ¿tuvo usted relaciones sexuales con este hombre? ¿Durante cuánto tiempo antes de la unión?

UNIONES PREVIAS SOLAMENTE

- 6.8 –Mes y año de separación
- 6.9 –Edad al momento de separarse
- 6.10 –¿Cómo y por qué se separaron?
- 6.11 –¿Cuánto duró esta unión?
- 6.12 –¿Cuántos embarazos tuvo (en cada unión)?
(VERIFIQUE CON LA HISTORIA DE LOS EMBARAZOS Y DE CUENTA DE CADA EMBARAZO)

VII Biología y relaciones sexuales

- 7.1 –¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación (período)?
- 7.2 –Normalmente, ¿cuántos días le dura su período?
- 7.3 –¿Sabe usted si, entre un período y otro, hay días en que hay peligro de que la mujer quede embarazada?
(SI LA RESPUESTA ES SI) ¿Cuáles son estos días?
- 7.4 –¿A qué edad tuvo sus primeras relaciones sexuales? ¿En qué circunstancias?
- 7.5 –En general, ¿con qué frecuencia cree usted que las parejas tienen relaciones sexuales? ¿Sería una vez a la semana, todos los días, una vez al mes o qué?
- 7.6 –(MUJERES EN UNIONES DE COHABITACION) Y usted y su marido, ¿cuántas veces tienen, por lo general, relaciones sexuales?
- 7.7 –(MUJERES QUE VIVEN SOLAS) Y usted, por lo general, ¿con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?
- 7.8 –(TODAS) Personalmente, ¿piensa usted que las relaciones sexuales son importantes, no importantes, o muy importantes en la vida de una pareja? ¿Por qué dice eso?
- 7.9 –Ahora dígame, en su opinión, ¿a quién le gustan más las relaciones sexuales, al hombre o a la mujer? ¿O es igual para ambos? ¿Por que piensa así?
- 7.10 –¿Por lo general se preocupa de que pueda quedar embarazada cuando tiene relaciones sexuales? ¿Por qué?

- 7.11 —Ahora que está embarazada, ¿encuentra que las relaciones son más agradables o menos agradables que antes del embarazo?
¿Por qué?

VIII Conocimiento, actitudes y práctica de la anticoncepción

- 8.1 —¿Acepta usted que las parejas usen métodos o cosas para evitar el embarazo y para tener hijos sólo cuando lo deseen?
- 8.2 —(MUJERES EN UNIONES DE COHABITACION) ¿Han conversado usted y su marido alguna vez acerca de cómo evitar el embarazo?
- 8.3 —(TODAS) ¿Qué métodos o cosas ha oído decir que se pueden usar para evitar el embarazo?
- 8.3B —(PARA LOS METODOS NO MENCIONADOS ESPONTANEAMENTE) Ahora le voy a leer una lista de métodos y quiero que usted me diga si conoce alguno de ellos.
PARA TODOS LOS METODOS MENCIONADOS O RECONOCIDOS
- 8.3C —(EVALUE CONOCIMIENTO PRACTICO)
- 8.3D —¿Ha usado alguna vez este método?
- 8.3E —¿Quién le enseñó este método?
PARA CADA METODO USADO
- 8.3F —¿Por qué eligió este método?
- 8.3G —¿Cuándo y por cuánto tiempo usó este método?
- 8.3H —¿Por qué dejó de usar este método?
- 8.3I —¿Quedó embarazada mientras lo usaba?
(VERIFIQUE CON LA HISTORIA DE EMBARAZOS Y PREGUNTE ACERCA DE CUALQUIER INTERVALO PROLONGADO ENTRE EMBARAZOS)
- 8.4 —(PARA LAS MUJERES QUE HAN HECHO UNA TENTATIVA DE ANTICONCEPCION) En su caso, ¿qué hizo que usted (o su compañero) comenzara a tratar de evitar los embarazos?
- 8.5 —(PARA LAS MUJERES QUE TIENEN CIERTO CONOCIMIENTO, PERO QUE NO HAN HECHO TENTATIVAS DE ANTICONCEPCION) Puesto que usted sabe cómo evitar el embarazo, ¿por qué no ha usado nunca ningún método?
- 8.6 —(TODAS LAS NO USUARIAS) Si usted conociera alguna cosa o algún método que fuera a la vez barato y fácil de usar ¿lo usaría para evitar el embarazo o para quedar embarazada cuando lo deseara?
PACIENTES DE LA CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR
- 8.7 —¿Quién le habló acerca de BENFAM?
- 8.8 —¿Su marido sabe acerca de este lugar?
- 8.9 —¿El le aconsejó que viniera para acá?

8.10 —¿Cuál fue el principal motivo que la hizo venir aquí?

Local de la Entrevista:

Fecha:

Duración de la Entrevista:

Grado de Cooperación:

Comprensión de las preguntas por
parte de la entrevistada:

Observaciones adicionales:

Nombre de la Entrevistadora:

APENDICE D

CONDICION SOCIO-ECONOMICA

Aunque el presente estudio fue dirigido intencionalmente a las mujeres que asisten a las clínicas de clase baja en la zona de Río de Janeiro, pronto se hizo evidente que las entrevistadas no constituían un grupo homogéneo con respecto a su condición socio-económica. Para ciertos fines de descripción y análisis, se encontró por lo tanto que era necesario redefinir y categorizar la condición socio-económica. En ausencia de un índice local apropiado que pudiera acomodarse satisfactoriamente a los propósitos presentes, se adoptaron los siguientes procedimientos de clasificación.

Se elaboró un índice socio-económico que utiliza cinco ítems principales. Para las mujeres que vivían en unión de cohabitación en el momento de la entrevista, los cinco ítems utilizados fueron: instrucción de la entrevistada, ocupación del marido, ingresos familiares, vivienda y posesión de artefactos domésticos.^{102/} A cada ítem se le asignaron ponderaciones que fluctuaban entre cero y cinco, de la siguiente manera:

(ponderación)

1) <i>Instrucción</i>	
a) analfabeta	0
b) menos de 4 años de escolaridad, cierta capacidad para leer y escribir	1
c) primaria completa	2
d) secundaria incompleta	3
e) secundaria completa	4
2) <i>Ocupación del marido</i>	
a) trabajador accidental no calificado, o desempleado	0
b) empleado no calificado, desempleado semicalificado	1
c) empleado semicalificado, desempleado calificado	2
d) empleado calificado, empleado de oficina	3

^{102/} Para las 41 mujeres que actualmente no viven en una unión de cohabitación, se construyó un índice especial que utilizaba información sobre la educación, ingresos, ocupación y vivienda de la entrevistada.

e) calificado con empresa propia, propietario de pequeña empresa	4
3) <i>Ingresos familiares (en NC\$)</i>	
a) 0 - 149	0
b) 150 - 199	1
c) 200 - 299	2
d) 300 - 399	3
e) 400 - 699	4
f) 700 y más	5
4) <i>Vivienda</i>	
a) pieza arrendada en conventillo, o barraca de una pieza	0
b) barraca arrendada, más de una pieza	1
c) barraca propia, más de una pieza	2
d) casa o departamento arrendado, con hacinamiento ^{103/}	3
e) casa o departamento arrendado sin hacinamiento	4
f) casa o departamento propio	5
5) <i>Poseción de artefactos domésticos</i>	
a) sin artefactos	0
b) cocina a gas, o radio	1
c) dos artefactos	2
d) tres artefactos	3
e) cuatro artefactos o más	4

Por consiguiente, los posibles puntajes fluctuaban entre cero y veintidós. Los puntajes se delimitaron de la siguiente manera: puntaje de cero a seis - estrato bajo bajo; siete a doce - estrato bajo medio; trece o más - estrato bajo alto. Al utilizar estas escalas, dos investigadores independientes clasificaron a las entrevistadas en uno de los grupos socio-económicos antes mencionados y se compararon sus resultados. Teóricamente fácil de aplicar, el índice socio-económico, sin embargo, corrió peligro en algunos casos a causa de la información incompleta o errónea. Por ejemplo, las mujeres de clase baja a menudo tienen solamente una idea muy imprecisa acerca de los ingresos de sus maridos y sus propios ingresos fluctúan considerablemente según la naturaleza y la frecuencia de su empleo a jornada parcial. En un número menor de casos, las entrevistadas no pudieron proporcionar una información precisa respecto a la ocupación de sus maridos. Finalmente, en algunos cuestionarios, la información socio-económica, en particular

^{103/} "Hacinamiento" se definió operacionalmente como un número mayor de ocupantes de la vivienda que el número total de piezas.

aquella sobre el tipo y ubicación de la vivienda, fue defectuosa.

Para vencer estos diversos obstáculos, una tercera evaluación independiente fue realizada utilizando toda la información pertinente adicional relacionada con la condición socio-económica y con las condiciones de vida que se podían obtener de los cuestionarios. Esta última clasificación se llevó a efecto durante la lectura y resumen de los estudios individuales de casos y permitió así la utilización de una información útil que de otro modo se habría pasado por alto.^{104/}

La congruencia entre estas tres evaluaciones por separado llegó a aproximadamente un 80 por ciento y en ningún caso las incongruencias abarcan a más de un subgrupo. En todos los casos de incongruencias, el índice objetivo fue reaplicado y la información complementaria sobre las condiciones socio-económicas una vez más entró a jugar hasta lograr alcanzar una explicación satisfactoria de las discrepancias y una rectificación y consenso eventuales.

^{104/} Las preguntas 2.1, 2.3, 2.6, 2.9, 2.11 y 4.11 fueron de particular ayuda en este aspecto.

APENDICE E

SATISFACCION MARITAL

La finalidad del índice de satisfacción marital fue proporcionar una medición resumen conveniente de la experiencia compleja y variada que constituye la vida conyugal. Diversas dimensiones de las relaciones maritales se fundieron en la formulación de este índice; el instrumento operacional derivado de allí es, por consiguiente, una medición compuesta que abarca tanto el desempeño de tareas, comunicación, simpatía, acuerdo, como la satisfacción marital en sí.

Operacionalmente, la evaluación de satisfacción marital alta, intermedia y baja exigió el análisis del contenido de once preguntas abiertas en relación a diversos aspectos de la vida marital.^{105/} A cada respuesta se le asignó un puntaje que fluctuaba entre cero (muy negativa) a cuatro (muy positiva), sobre la base de si reflejaba una vida marital armónica y satisfactoria.

Las orientaciones predeterminadas que regulan el puntaje de cada pregunta se formularon en términos más bien generales que específicos; en realidad, puesto que la significación de las respuestas dadas variaba enormemente de acuerdo a los antecedentes y a las circunstancias de cada pareja, el puntaje asignado a cada pregunta difícilmente pudo haber sido dirigido por criterios inflexibles, detallados. Por ejemplo, la división cabal de las labores en la unidad conyugal es considerada por algunas entrevistadas como algo a la vez natural y deseable, mientras que otras se quejaban de esto como una demostración más de la indiferencia de su compañero hacia los asuntos domésticos. En forma similar, la falta de comunicación entre los esposos respecto al tamaño de la familia o la falta de simpatía entre ambos sobre las reacciones frente al embarazo, asumen connotaciones diferentes cuando una entrevistada ha tenido varios embarazos indeseados que cuando ella no ha experimentado estas gestaciones indeseadas.

En resumen, la regla primaria que guió el análisis de contenido y el puntaje de las respuestas consistió en evaluar el tenor y significado de

^{105/} Más exactamente, el índice se formó sobre la base de las respuestas a las preguntas 3.4, 3.5, 3.9, 3.10, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11, 4.12, 7.7, 7.8, 8.3.

los patrones de conducta conyugal dentro de las circunstancias concretas de la situación de cada pareja en la vida. Tales procedimientos evidentemente requerían una gran familiaridad con cada cuestionario y cada estudio de casos. Con frecuencia, varias respuestas tuvieron que ser evaluadas en conjunto y la información que no estaba incluida en las once preguntas centrales del índice se utilizó libremente en esta evaluación.

INDICE

	Página
PRESENTACION	7
I. PROPOSITOS Y METODOS DE ESTUDIO	9
1. Introducción	9
2. Pertinencia e implicaciones del estudio	10
3. El enfoque y la muestra	11
4. Las encuestadas	12
5. Esquema de análisis	15
<i>Primera parte</i>	
FORMACION DE LA FAMILIA EN LAS CLASES BAJAS:	
HISTORIA DE CASOS	17
Introducción	17
II. LA FAMILIA NO PLANIFICADA	21
1. Las no-planificadoras involuntarias	22
2. Las no-planificadoras voluntarias	27
3. Las no-planificadoras temporales	28
4. Las mujeres subfértiles	31
Conclusiones	35
III. LA PLANIFICACION A TRAVES DEL ABORTO	37
A. La planificación a través del aborto y la anticoncepción	39
I. La planificación tardía	39
1. <i>La planificación tardía no exitosa</i>	42
2. <i>La planificación tardía, parcialmente exitosa</i>	44
3. <i>La planificación tardía exitosa</i>	46
II. La planificación temprana	47
1. <i>Planificación temprana no exitosa</i>	47
2. <i>La planificación temprana, parcialmente exitosa</i>	50
3. <i>La planificación temprana exitosa</i>	53
B. Planificación a través del aborto solamente	56
Conclusiones	59

IV. LA PLANIFICACION A TRAVES DE LA	
ANTICONCEPCION	61
I. Uso tardío de la anticoncepción	61
1. <i>Uso tardío inefectivo</i>	62
2. <i>Uso tardío, parcialmente exitoso</i>	65
3. <i>Uso tardío exitoso</i>	67
II. Uso temprano de la anticoncepción	69
1. <i>Uso temprano no exitoso</i>	69
2. <i>Uso temprano, parcialmente exitoso</i>	72
3. <i>Uso temprano exitoso</i>	74
Conclusiones	77
<i>Segunda parte</i>	
FACTORES CONDICIONANTES DE LA PLANIFICACION	
FAMILIAR	79
Introducción	79
V. ACTITUDES HACIA EL TAMAÑO DE LA FAMILIA	83
1. Tamaño ideal de la familia	84
2. El mejor tamaño de la familia	88
3. Tamaño esperado de la familia	93
4. Reacciones frente al último embarazo	96
5. Percepción de las diferencias de clase en la fecundidad	97
Resumen	102
VI. CONTROL DE LA NATALIDAD	105
1. Las actitudes hacia la planificación familiar y hacia el control de la natalidad	105
a) <i>La posibilidad de planificar</i>	105
b) <i>Actitudes hacia el control de la natalidad</i>	107
c) <i>La religión y la planificación familiar</i>	112
2. Conocimiento de la anticoncepción	116
3. Uso del control de la natalidad	124
4. Aceptabilidad y uso efectivo de las técnicas de control de la natalidad	128
a) <i>Anticonceptivos orales</i>	128
b) <i>El aborto</i>	134
c) <i>La ducha vaginal</i>	137
d) <i>Anticonceptivos químicos</i>	138
e) <i>Métodos masculinos: los preservativos y el coitus interruptus.</i>	140
f) <i>La abstinencia periódica</i>	144
g) <i>Remedios populares</i>	145

h) <i>Dispositivos intrauterinos</i>	146
i) <i>Inyecciones</i>	148
j) <i>El diafragma</i>	148
k) <i>La esterilización</i>	149
5. Efectividad de las técnicas de control de la natalidad. Visión general	149
<i>Resumen</i>	152
VII. EL CONTEXTO MARITAL DE LA FORMACION DE LA FAMILIA	155
I. Patrones maritales y organización marital	155
1. <i>Estado conyugal actual</i>	155
2. <i>Estabilidad de las uniones maritales</i>	160
3. <i>Secuencia de las uniones maritales</i>	167
4. <i>Satisfacción marital</i>	171
5. <i>Relaciones maritales y sexuales</i>	176
II. Patrones maritales, planificación familiar y fecundidad	182
1. <i>Patrones maritales y planificación familiar</i>	182
2. <i>Estado civil, planificación familiar y fecundidad</i>	191
a) <i>Fecundidad y tipo de unión</i>	192
b) <i>Fecundidad y estabilidad marital</i>	197
<i>Resumen</i>	200
VIII. CONCLUSIONES: ASPECTOS MICRO Y MACROSOCIO-LOGICOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR	203
1. Resumen de los hallazgos sustantivos	203
2. Políticas y obstáculos a la planificación familiar	210
a) <i>La legislación brasileña</i>	214
b) <i>La iglesia católica</i>	218
c) <i>Otros factores</i>	220
<i>Conclusiones</i>	224
Apéndice A. La muestra	227
Apéndice B. Consideraciones metodológicas	231
Apéndice C. Guía para las entrevistas	235
Apéndice D. Condición socio-económica	243
Apéndice E. Satisfacción marital	247

**Impreso en los Servicios de
Reproducción de CELADE.**