

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS  
FACULTAD DE ENFERMERIA

SALUD REPRODUCTIVA, ORGANIZACION FAMILIAR E  
IDENTIDAD DE GENERO

**ANA RICO DE ALONSO**

Socióloga, M.A. Estudios de Población  
Coordinadora de Investigaciones, FEI

**MARTHA LUCIA GUTIERREZ**

Enfermera, M.A. Desarrollo Rural  
Coordinadora Area Salud Comunitaria,  
Facultad de Enfermería.

Bogotá, Febrero de 1990

Ponencia presentada en el Seminario Taller Internacional sobre  
Familia y Desarrollo, Facultad de Desarrollo Familiar,  
Universidad de Caldas; Manizales, Febrero 19 a 23 de 1990,

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido posible gracias ante todo a la colaboración de las mujeres que accedieron a colaborar con la entrevista. Igualmente, a los estudiantes de V Semestre de Enfermería, cuyos nombres se listan a continuación, quienes diligenciaron los formularios, codificaron los datos e hicieron un primer análisis. A las compañeras docentes del equipo de Salud-Familia y Mujer, quienes han hecho posible la realización de este proyecto; a las directivas de la Universidad, en especial al Vice-Rector Académico, P. Jairo Bernal S.J., a los Decanos Académicos de Enfermería, Dra. María Teresa de Vergara y Dr. Pedro Polo, de la FEI y al Comité de Investigaciones de la Universidad.

Colaboradores :

### DOCENTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

Myriam Elsa Torres, Coordinadora de Investigaciones (hasta Septiembre 1989)  
 Mary de Bustos, Directora Dpto. de Administración.era  
 Rosita Caballero, Directora Oficina de Post-Grado  
 Eddy Salazar, Docente del Depto. Materno-Infantil.  
 Esperanza Ayala, Docente del Dpto. Materno-Infantil.

ALUMNOS :

Hospital Simón Bolívar

Centro de Salud Garcés Navas

Héctor Cárdenas  
 Islena M. González  
 Mónica P. Lobo  
 Esperanza Morales  
 Haidy Rocío Oviedo  
 Adriana Pedraza  
 María C. Schneider  
 Lina M. Solano  
 Liliana Villamizar

Adriana Acosta  
 Rocío Casallas  
 Luisa N. Hernández  
 Martha C. Navarro  
 Luz C. Pérez  
 Patricia Molina  
 Zoraida Rodríguez  
 Luz A. Vargas  
 Amparo Sánchez

## INTRODUCCION

El presente trabajo resume los resultados de una experiencia de investigación realizada por docentes de la Facultad de Enfermería y de la Facultad de Estudios Interdisciplinarios (FEI), conjuntamente con alumnas de V Semestre de Enfermería en su práctica de Atención a la mujer en el área de Gineco-Obstetricia.

Esta experiencia, además de la generación de los datos que aquí se analizan, tiene otras especificidades que consideramente relevante señalar:

En primer lugar, constituye uno de los componentes del Espacio Académico Interdisciplinarios sobre Salud-Mujer y Familia, que se inició entre las dos facultades a finales de 1988. Este espacio busca consolidar un equipo de reflexión y de acción alrededor de la problemática de salud femenina y su interacción con la organización y dinámica familiar. Dentro de sus actividades, se realizó inicialmente un seminario entre docentes, para explorar la temática, compartir lenguajes desde las ópticas de las Ciencias Sociales y las de la Salud, e identificar campos potenciales de investigación.

En segundo lugar, a partir de las conclusiones del estudio "Universidad, Salud y Comunidad" (Ver Rico de Alonso, Ana, Beatriz Cantor y Belkis Alejo, Universidad Javeriana, 1989) se evidenció la necesidad de dar una mayor articulación con proyectos institucionales de investigación de los docentes, a las prácticas de comunidad que realizan los estudiantes. El ubicar estas prácticas dentro de líneas de investigación a su vez, permite una continuidad en el abordaje de campos temáticos determinado, una articulación efectiva entre docencia-investigación-acción, una capacitación de los estudiantes no sólo en habilidades ocupacionales concretas, sino en técnicas de investigación, a la vez que da una mayor utilización a los productos generados en la práctica, los cuales muchas veces sólo tienen una finalidad evaluativa coyuntural. Por ello, se dictó en el II Semestre de 1989 el Seminario de Salud-Mujer y Familia, a las alumnas de V Semestre y se incluyó como componente práctico del mismo, la experiencia de investigación.

Finalmente, la selección del tema Mujer y Familia, se sustenta en las siguientes consideraciones:

1- El compartir la experiencia investigativa acumulada en la FEI en el estudio de estos temas.

2- El reconocimiento de la importancia del componente Salud y su relación con el campo de acción de la Facultad de Enfermería,

como vinculación efectiva de la Universidad con las comunidades de menores recursos.

3. El componente "servicio" incorporado en la proyección ocupacional de la Enfermera, la interacción teórico-conceptual cada vez mas reconocida entre Salud-Sociedad, exigen una capacitación interdisciplinaria y una mayor sensibilización del estudiante vía formación e información con enfoque científico.

4. Este carácter tradicional de servicio en una connotación asistencialista, unido a la composición casi totalmente femenina, refuerza en las alumnas componentes de pasividad, sumisión y baja autoestima, presentes en los modelos macroculturales de roles de género y presentes a nivel micro en muchos grupos femeninos. Por ello, además de los beneficios estrictamente académicos, el equipo docente vió en esta reflexión, un vehículo esencial para la concientización de las estudiantes acerca de las limitaciones culturales, sus implicaciones, el potencial creativo de su quehacer y la coherencia que puede y debe darse, entre el ejercicio autónomo y calificado de la profesión y la dimensión de servicio. Esta concientización por tanto se buscó no solamente a través de la lectura y discusión de materiales bibliográficos, sino a través de la incorporación de las propias vivencias.

Adicionalmente, el mejorar la representación de su género, conducirá al establecimiento de relaciones de solidaridad con sus congéneres que interactúan en calidad de pacientes, las cuales en muchas instancias son maltratadas en los servicios de salud, no solamente por profesionales hombres, sino también por mujeres, en razón de una discriminación de clase que se impone a cualquier solidaridad de género.

## METODOLOGIA

En razón del contenido de las prácticas de Materno, hacia Salud Femenina en los campos de atención prenatal, parto, planificación familiar, citología vaginal, climaterio y consulta ginecológica general, se orientó la investigación hacia captar características familiares y de identidad de género, en la población que solicita estos servicios en los Centros de Práctica asignados a la Universidad Javeriana por la Secretaría de Salud: El Centro de Salud No. 54, ubicado en el Barrio Garcés Navas y el Hospital Simón Bolívar. (En estos sitios realizan prácticas estudiantes de Medicina y de Odontología).

La definición de las variables a incluir en el instrumento, se hizo dentro de las sesiones de planeación del Seminario entre el equipo docente, incorporando distintas habilidades y experiencias de sus integrantes, sea en el campo de investigación, de

supervisión y manejo de las prácticas, de docencia y de manejo de comunidades.

Se hizo un primer diseño del formulario, se discutió con los alumnos quienes ya estaban en la situación de práctica y podían a su vez incorporar su experiencia e interés. Se hizo una prueba del instrumento con la población usuaria y se pasó al diseño definitivo.

Las variables incluidas son :

1. Características sociodemográficas : edad, estado conyugal, educación, ocupación (para la mujer y su compañero) y la organización familiar del núcleo con el cual comparten el espacio.

2. Historia sexual y reproductiva : edades a la menarquia, a la iniciación sexual y a la maternidad; embarazos, partos, cesáreas, abortos, hijos vivos e hijos muertos; intervalos intergenésicos, razón de la consulta y valoración integral de la condición de salud.

Nota: debido a la altísima tasa de consulta por complicaciones del embarazo y por inicio del trabajo de parto, la información sobre valoración de salud resultó muy imcompleta y poco confiable.

3. Identidad de género en las dimensiones de su rol como individuo, como esposa y como madre y la proyección de estas dimensiones en sus expectativas hacia el futuro.

La entrevista se realizó durante la consulta, lo cual incide negativamente en las posibilidades de profundización en las respuestas. Esto unido a la poca experiencia de los estudiantes en el manejo de estos procesos y al carácter de muchas de las preguntas que inquirían sobre aspectos cualitativos y de gran contenido emocional, los cuales son muy difíciles de captar por medio de la aplicación de cuestionarios, en situaciones con limitaciones de tiempo y sin contacto previo con los entrevistados, actuó también como limitante.

Los razonamientos anteriores nos llevan a reflexionar sobre las metodologías de recolección de datos, sus alcances y limitaciones en razón de temáticas particulares. Así variables como relaciones y gratificación sexual y conyugal, enmarcadas en los campos de lo "íntimo y lo privado", son susceptibles de distorsiones y de respuestas formales. Lo referente al rol materno, está muy condicionado por los estereotipos culturales del modelo de sacrificio y abnegación asignados a este rol. No obstante las limitaciones anotadas, los datos recogidos a través de 86 entrevistas, permiten identificar tendencias y para nosotras como investigadoras docentes, significan más que una construcción consolidada, el inicio de un largo camino por recorrer. Por ello queremos presentar los resultados buscando el aporte crítico, la

convergencia de la experiencia de otros y el establecimiento de bases para consolidar redes de intercambio futuro.

## PRESENTACION DE RESULTADOS.

### 1. Tipología familiar y condiciones socioeconómicas contextuales

La clasificación de familia, buscando tipologías que reflejen patrones de organización, se hizo tomando a la paciente como referencia para el establecimiento de las relaciones de parentesco (Ver cuadro No. 1 )

Se identificaron las siguientes modalidades predominantes:

1. Pareja con hijos ( familia nuclear tradicional ), en fase de reproducción temprana y media.
2. Pareja con hijos y otros familiares de uno de los cónyuges ( preferencialmente de la mujer). Los parentescos más comunes son los de padres, hermanos, cuñados y sobrinos.
3. La mujer sola con sus hijos y sus familiares.
4. La mujer sola, embarazada por primera vez, viviendo con su familia de origen y en algunos casos, con amigos. En la casi totalidad se trata de niñas muy jóvenes (de 14 a 17 años), solteras y abandonadas por el padre de la criatura.
5. La mujer sola con sus hijos. En general es una mujer de mayor edad que las anteriores.
6. La mujer sin marido ni hijos, viviendo con familiares.

El mayor peso lo tiene la familia nuclear tradicional que representa el 45%. El resto se organiza en arreglos que incluyen o excluyen la pareja, con la presencia de familiares de consanguinidad directa, lo cual correspondería a la clasificación de familia extendida o extensa (53%). Se encontró solamente un caso de una mujer viviendo sola con sus hijos.

Si se considera el caso de unidades en donde la mujer vive con su esposo o compañero y sus hijos, esta categoría representa el 77%. Así la familia extendida se constituye en soporte económico tanto para las parejas muy jóvenes en fase de formación, como de estructura de apoyo de las hijas en casos de separación o madresolterismo.

La relación entre forma de organización familiar y ciclo vital refleja una tendencia relativamente clara : En las parejas muy jóvenes con ingresos precarios, cuya unión generalmente ha sido presionada o acelerada por un embarazo, residen con los padres.

En la medida en que se avanza en el ciclo vital, la familia se nucleiza al contar con mayores recursos económicos.

No obstante lo anterior, no pueden puntualizarse determinantes de las modalidades de organización familiar. Tal vez sí es el ciclo vital la variable de mayor poder explicativo, pero intervienen además variables de tipo económico y de tipo cultural, que relativizan la aplicabilidad de las tipologías.

Dentro de este interés por identificar regularidades entre tipos de familia y factores contextuales, se buscó una relación adicional entre familia y nivel de ingresos.

Cuadro No. 2

Tipo de familia y nivel mensual de ingresos

Tipo de F.	- 1 SM	1-1.9 SM	2.0 +	Total
Nuclear (1)	10 (26%)* 63%**	25(66%)* 48%**	3 (8%)* 21%**	38(46%)
Extendida	6 (14%)* 37%**	27(61%)* 52%**	11(25%)* 79%**	44(54%)
Total	16 (19%) 100%	52(63%) 100%	14(17%) * 100%	82(100%)

(1) Incluye parejas + hijos y mujeres solas +hijos.

\* Porcentajes horizontales S.M. Unidades de salario mínimo

\*\* Porcentajes verticales

Se aprecia la siguiente tendencia : Los hogares con ingresos mas bajos (menos de un salario mínimo), se concentran en la modalidad nuclear, en tanto los mayores ingresos ( 2 y más) presentan un porcentaje mas alto entre las extendidas, hecho coherente con la composición de cada tipo de familia, toda vez que en la extendida hay por definición, un mayor número de adultos.

La distribución de salario por persona del hogar, sobre un promedio de 4.8, daría en pesos de 1990 un promedio de \$8500 mes para todos los gastos. Un 20%, de otra parte, recibe **menos** de un salario mínimo. Si bien es de esperarse una subestimación en la declaración de ingreso, las distorsiones tienen una directriz en términos de los montos de dinero que está acostumbrada a manejar la persona.

Al observar la organización familiar en las dos zonas consideradas, se encuentran marcadas diferencias. En el estrato más bajo (Simón Bolívar), casi la mitad de los hogares son nucleares completos (48.9%), frente a sólo una tercera parte en

el estrato medio (Garcés Navas), a la vez que la familia extendida con la pareja presente en el Garcés equivale a 44% y en el Simón Bolívar a 25%.

Al reagrupar las categorías según condición de unión de la mujer, se obtiene la siguiente distribución:

	Garcés Navas	Simón Bolívar
Pareja con hijos	75.6%	73.4%
Mujer sola con hijos	24.4%	26.6%

De acuerdo con esta clasificación, aproximadamente tres cuartas partes de las mujeres conviven con su cónyuge. Las diferencias por tanto, se explican más por las formas en que las parejas se organizan en el espacio (con o sin redes familiares), que por patrones de formación y ruptura de uniones.

En la estructura de la población que conforma estas familias (ver cuadro 3 y gráfico 1), se observa la presencia marcada de tres generaciones: el grupo de 0 a 10 años, sus padres entre 20 y 35 y los abuelos en las franjas de 45 a 60. En el Garcés Navas, es mucho mayor la proporción de menores de 5 años y de mujeres entre 15 y 30. En el Simón Bolívar, el grueso de la población son parejas entre 20 y 30 años, en fase de reproducción inicial y con una mayor presencia de abuelas. Por esta razón, las cargas de dependencia infantil son mucho más altas en el Garcés :55 menores de 15 por cada 100 adultos, en relación con sólo 35 en el Simón Bolívar (ver cuadro 4).

#### Condiciones materiales de supervivencia.

Si bien se recogió información de ocupación y educación para todos los miembros del hogar, sólo se presentan aquí los datos correspondientes a la pareja o a la mujer.

El perfil educativo de hombres y mujeres, resulta un tanto elevado para las condiciones materiales de las zonas y no guarda mucha relación con las ocupaciones que desempeñan ni con los ingresos devengados.

Cuadro No. 5

Nivel educativo de hombres y mujeres

Nivel educativo	Mujeres	Hombres
Primaria :		
Incompleta*	16.5*	12.7

Completa	23.3	15.8
Secundaria:		
De 1 a 4 años	43.8	36.5
De 5 a 6 años	15.0	30.2
Bachilleres	12.3	25.4
Superiores	1.4	4.8
Años Educación	6.7	7.7

---

Nota: Los % del cuadro no suman 100

Un 58.8% de las mujeres y 66.7% de los hombres han llegado a la secundaria, con un 12.3% y 25.4% respectivamente, que han terminado el ciclo. Incluso, 5% de los hombres y 1.4% de las mujeres, han cursado estudios universitarios.

Las categorías ocupacionales de mayor frecuencia entre los hombres son obreros (28%), empleados (27%) y trabajadores independientes (21%). NO obstante, al desagregar estas categorías, se encuentra una presencia fuerte de ocupaciones que requieren poca capacitación formal como vendedores ambulantes, artesanos, celadores. Los empleados están vinculados a pequeños establecimientos, en rangos administrativos bajos (auxiliares, mensajeros). Hay dos profesionales en el grupo, un médico y un publicista.

En el caso de las mujeres, el 70% está en el hogar. El resto se desempeña como asalariadas (16%) (empleadas de rangos medios y bajos), empleadas domésticas (11%) y trabajadoras independientes (2.3%). Sólo hay una estudiando.

En cuanto a **espacio habitacional** predominan la casa independiente (37%) y el cuarto (31%), con un promedio de personas por hogar de 4.1 en la casa y de 4.3 en el cuarto. En los apartamentos independientes y semi-independientes, se alojan el 31% restante, con los promedios mas altos de ocupacion. entre 6 y 7 personas .

En general, puede caracterizarse esta población en condiciones de pobreza relativa. De una parte, los barrios donde residen son zonas de estratos medio bajo y bajo-alto, con limitada o deficiente infraestructuras de servicios y vías, de vivienda institucional económica o viviendas viejas, deterioradas, con patrones de ocupación familiar múltiple (semi o inquilinato). El nivel de ingresos y las ocupaciones que desempeñan, el elevado número de personas por familia, y la alta población dependiente, configuran condiciones de bajos niveles de bienestar. Esto se evidencia en las respuestas a la pregunta "Qué espera usted del futuro?", en donde para muchas, el resolver los problemas

económicos, el conseguir o mejorar el trabajo de ella y el de su compañero, y el poder ofrecer a los hijos mejores condiciones de vida de las que ella tuvo en su infancia, son la expectativa central.

## 2. Historia reproductiva y sexual.

### 2.1. Edad a la menarquia y al primer coito.

Cuadro No. 6

Edad a la menarquia y al primer coito

Menarquia	primera relación sexual				Total
	- 15	15-17	18-20	21 y +	
- 15	6	27	27	13	73 (87%)
15 - 17	-	5	2	4	11 (13%)

El 87% de las mujeres estudiadas tuvieron su menarquia a los 15 años o menos, comportamiento que puede ser considerado como normal y acorde con lo descrito fisiológicamente en las mujeres de nuestro medio y de la evolución propia del desarrollo del hombre. Cada vez a edades mas tempranas la mujer inicia su madurez sexual, unido a este factor, está la reducción del intervalo inexistente entre la menarquia y la fecundidad. Esto se puede apreciar en el grupo estudiando, en el que 35% ha tenido su primer parto en la adolescencia temprana (menores de 17).

En relación con la edad a la iniciación sexual, esta se presenta para una tercera parte de las mujeres, entre los 15 y los 17 años, coincidiendo con el desarrollo puberal y por ende, con un riesgo mayor de embarazo. Aunque la proporción de menores de 15 años es estadísticamente baja (7%), al leer las historias personales se encuentra una alta cuota de presión y de situación prácticamente de violación. "Sólo tuvimos una relación y fué a la fuerza..por eso lo peor que me ha pasado en la vida es haber tenido un hijo de él" (joven de 14 años).

Del total, 80% ya se ha iniciado cuando cumplen 20 años, lo que demuestra un patrón temprano de sexualidad relacionado con la búsqueda de gratificación no sólo física sino afectiva, y a la búsqueda de una identidad sexual más definida ya que en las familias principalmente disfuncionales, el logro de identidad, autonomía y manejo de límites se encuentra bastante deteriorado. Este esquema consciente o inconscientemente se reproduce.

La influencia del medio ambiente es un factor importante en una temprana iniciación de vida sexual activa, continuada, y no con patrones esporádicos como se afirma muchas veces.

Los datos relacionados con el número de compañeros sexuales, arroja un 78% de mujeres que han tenido un solo compañero. Esto se puede explicar por la composición etárea de esta población, en la que la edad media es 23 años, pero también por la dificultad de obtener respuestas confiables. Las docentes que dirigen estas prácticas, han investigado la alta incidencia de infecciones vaginales en las mujeres que acuden a estos mismos centros, y anotan la dificultad de éxito en los tratamientos dada la negativa del compañero a asistir a consulta y utilizar los medicamentos, pero también a patrones sexuales de relativa promiscuidad.

Puede aquí contrastarse la diferencia en la información obtenida, según el entrevistador. Las enfermeras profesionales, han desarrollado a través de su práctica ocupacional, mayores habilidades de entrevista y además, son percibidas como profesionales por las usuarias, en tanto, las estudiantes además de su juventud, no manejan con la misma suficiencia las técnicas de entrevista y esto afecta la información.

En la relación edad y motivo de consulta, se pudo apreciar que el 82% de las mujeres consulta por embarazo, parto o sus complicaciones. Según datos del Ministerio de Salud (Ver El sector salud en Colombia. Contribución a la publicación "Las condiciones de salud en las Américas, 1990", Bogotá, Marzo de 1989), muestran que las seis primeras causas de egreso hospitalario en el grupo de 15 a 44 años, lo constituyen :

- 1) Parto normal
- 2) Embarazo terminado en aborto.
- 3) Complicaciones que ocurren en el curso del trabajo de parte y en el parto.
- 4) Complicaciones en el embarazo.
5. Otras indicaciones en la asistencia o control del embarazo, trabajo de parto y parto.
- 6) Enfermedades de órganos genitales.

Esto demuestra la elevada morbilidad derivada de la edad fértil y reproductiva principalmente.

Al revisar los datos sobre causas de consulta de este grupo de edad (excluyendo la categoría "resto de enfermedades" que constituye el 64%), se observa que la primera causa está conformada por las enfermedades de los órganos genitales (7.3%). Vale la pena aclarar que aquí se incluye también al hombre, pero quien consulta mayoritariamente es la mujer.

Este dato es relativamente semejante al encontrado en la población estudiada, que sólo 9.3% acudió a consulta

ginecológica. Este dato muestra un comportamiento de poco cuidado y atención a la salud propia y una concepción peculiar de la enfermedad mas prevalente en estos rangos de edad : los flujos cervico-vaginales. Estas patologías consideradas casi como "normales" o "naturales" por la falta de información de muchísimas mujeres, inciden en el aumento de la enfermedad pélvica-inflamatoria cuya consecuencia mas frecuente es la esterilidad. El cáncer de cérvix, de otra parte, constituye otro efecto de la continua y residivante prevalencia de enfermedades vaginales no tratadas, o tratadas inadecuadamente.

Finalmente se incluyen algunas consideraciones sobre la historia reproductiva. (Cuadro 7)

Cuadro No. 7

Promedio de embarazos, partos e hijos vivos, según edad actual.

Edad actual	Embarazos	Partos	Hijos Vivos
15 - 17	1.0	1.5	1.0
18 - 19	1.3	0.9	0.9
20 - 24	1.8	1.6	1.2
25 - 29	2.6	2.0	1.4
30 y +	3.8	3.3	3.3.

La incidencia de mortalidad de los hijos se refleja en las diferencias entre partos e hijos vivos actualmente, y de igual manera, parte de la diferencia entre embarazos y partos, se explica por el número de mujeres que está embarazada en el momento. Por ser ésta una población muy joven, aún le restan muchos años de vida reproductiva, lo cual hará que terminen a los 50 años con un promedio de hijos entre 6 y 7.

Cuando se calculan los promedios de hijos sólo de las mujeres que ya tienen por lo menos un parto, se obtiene que el número de hijos en las de 15 a 17 años es de 1.5 hijos, en las de 18 a 19 , es de casi 2.0 y para las de 25 a 29, ya cuentan con 3.5 hijos. Estos patrones de nupcialidad temprana y fecundidad elevada, van a incidir negativamente tanto en las condiciones materiales de la familia, como en la definición y obtención de metas existenciales válidas para la mujer como persona.

### 3. Identidad de género.

Propiedad de  
Magdalena León

La temática alrededor de la identidad de género surgió además de los factores ya mencionados en la introducción, de la percepción de las investigadoras no-enfermeras en las primeras visitas al

centro de práctica. En el Garcés Navas, un área específica de salud femenina es la toma de citologías vaginales. Las mujeres que acuden al servicio reflejan una total pasividad frente a la entrevista y a la toma de la muestra, sin permitirse la menor reacción frente a la experiencia (la cual incluye el aprendizaje de alumnas) que puede ser molesta e incluso dolorosa. Ninguna de ellas se quejó; recibieron las órdenes de desnudarse y colocarse en la silla ginecológica, de manera mecánica. Sólo al preguntarles la docente si dolía, contestaban "Si, un poco". Su actitud general era de inseguridad dentro de una relación de dependencia sacramental frente a las doctoras de blanco. A pesar de esperar turno silentes, en la entrevista manifestaron su afán por regresar pronto a la casa a preparar y servir el almuerzo, especialmente al marido. "es que él llega a almorzar y se pone bravo si no estoy".

Este cuadro de impotencia y pasividad, negándose el derecho al pudor y al dolor, nos hizo reflexionar hondamente en su sentido de valoración y definición del yo, a su vulnerabilidad frente a situaciones de maltrato en otros servicios (cabe anotar que el trato que reciben en esta consulta por el personal de la Javeriana es respetuoso y considerado), y en su vida privada y, a su incapacidad de confrontación y contestación, modelo que por demás es y será perpetuado generacionalmente.

Se mencionan ahora algunas bases para inferir identidad de género, entendida ésta como una valoración de sí misma como persona y no en relación con los demás; como una capacidad de autonomía en algunas de sus decisiones vitales o cotidianas y por la presencia de metas definidas en su quehacer individual. Para ello, se indagó sobre:

1. Su valoración como persona.
2. La gratificación con sus roles sexual, conyugal y materna.,
3. Su participación en la toma de decisiones dentro del núcleo familiar.
4. Sus expectativas frente al futuro.

En general, se capta una condición de dependencia y carencia de autonomía, una definición de su valía a través de ser esposa y madre y unas metas futuras en función casi exclusiva de los hijos. Una tercera parte efectivamente declara no participar en la toma de decisiones, por ser éstas tomadas por el marido (18%) o por los padres o suegros (11%).

Antes de continuar centrando el análisis a las respuestas concretas a cada pregunta, es importante incluir algunos factores contextuales que explican esta identidad diluida.

- 1) La diferencia de edad entre los cónyuges (cuadro 5), en donde más de una cuarta parte tiene diferencias de más de 10 años.

2) La condición de inactividad económica y de confinamiento dentro del hogar. Ello explica la bajísima tasa de consulta ginecológica preventiva y el predominio de la consulta justificada por embarazo y sus complicaciones, y por atención en el parto.

3) Los antecedentes familiares. Varias de las entrevistadas consideran que la peor experiencia de su vida, fué el maltrato familiar por parte de sus padres, el abandono del padre y la pésima relación con la madre. También se lamentaron de haberse unido tan temprano, buscando escapar a los conflictos familiares y el buscar en los hijos "algo propio, algo mío para querer y darles lo que yo no tuve".

La gran mayoría declaró tener satisfactorias relaciones sexuales (87%) y conyugales (76%). Al profundizar en las respuestas, se encontró que si bien se respondía que las relaciones sexuales eran "normales, satisfactorias, de mutuo acuerdo", su frecuencia era de 1 -2 veces al mes. Para otras, la relación se tiene "cuando él tiene ganas", "a veces toca hacerlo, sin que uno quiera pero no porque no sienta nada por él, sino porque no desea hacerlo"; "yo no siento mucho, pero a él le manifiesto lo contrario"; "al principio eran buenas..luego él me buscaba pero yo no quería. Ahora él es el que me rechaza".

En la relación de pareja, 76% la define como "buena", 9% como "regular", y 14% como "mala". La sustentación de la respuesta de buena relación, se hace no sobre la base de que el marido la trata bien, sino que no la trata mal "Bien, nunca me ha maltratado". "Nunca me pega". "Es muy considerado pero de muy mal genio. Es respetuoso, nunca dice malas palabras, pero no es sociable y no le gusta que uno tenga amistades". "Ser esposa es sentir un cargo importante y que implica responsabilidad".

Entre las respuestas de la mala relación, estarían : "Siento que él me maneja". "Me siento atada a él porque es muy celoso". "Cuando la situación está mala, me siento regular, pero pienso que lo mejor es para el hombre tener una mujer y para uno, tener un hombre".

Aunque un 51% expresa sentirse bien como persona por ella misma, el 70% considera que lo mejor de su vida han sido en su orden, los hijos, el hogar, y el marido. Quienes manifiestan satisfacción con ellas mismas, plantean que han podido hacer lo que han querido, que se sienten agradables porque ayudan a los demás. Contrastando las respuestas de satisfacción como esposa y como persona, se encuentran testimonios como "bien como esposa, pendiente de mi marido, de la ropa...como persona insatisfecha. Deseaba ir a la universidad y no tuve ayuda".

Para una cuarta parte, la razón de ser como persona radica en su condición de esposa y madre. "Tengo un hogar estable, una hija ✓

linda y espero otro". "Con mi esposo alcancé lo que nunca tuve con mis papás y mis hermanos". "Bien, tengo mi hogar y es una cosa que siempre anhelé. Nunca tuve un padre".

Las razones de insatisfacción reiteradas, son no haber podido estudiar, o haber interrumpido los estudios por el embarazo. "Tenía pensado estudiar, salir adelante y después tener hijos". Aparece el valor del estudio como la razón de insatisfacción, como la meta futura y sobre todo, como el máximo beneficio para los hijos "En el futuro quiero darles estudio a los niños". "Volver a estudiar para que mis hijos se puedan sentir orgullosos de mí".

Para el 95% la maternidad es una experiencia positiva...Sólo un 5% verbalizó sentirla como una carga y una exigencia.

"Los hijos son lo mejor que le puede pasar a uno como mujer". "SER madre es lo que uno mas anhela". "Me siento contenta con mis hijos, porque tengo a quien cuidar". "Bien, mi hija me hace caso en todo".

"Tener un hijo no es fácil". "Es bonito, pero extraño". "No quería tener hijos y menos de él". "Lo peor de mi vida es haber quedado embarazada".

Finalmente, hay un testimonio que resume el fatalismo y la baja valoración hacia el género femenino :

"Del futuro espero lo que Dios me mande. Ahora espero que el niño que voy a tener sea varón".

Como dice la poetisa Gloria Fuerte:

"Señor, que el hijo mío  
no vaya a ser mujer!".