



Instituto

Mora

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA**

“Moral, poder y vientres fecundos: El cuerpo de la mujer gestante frente al Estado, la Iglesia, la medicina y las industrias culturales en la ciudad de México (1940-1975)”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN HISTORIA MODERNA Y CONTEMPORÁNEA

P R E S E N T A :

ANDREA LÓPEZ ORTIZ

Director (a): Dra. María Cristina Sacristán Gómez

Ciudad de México

septiembre de 2024.

*Esta Investigación fue realizada gracias al apoyo del
Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías*





Instituto

Mora



A Francisca Ortiz y Luz María Ortiz

A las mujeres gestantes





Instituto

Mora



Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud a todas las personas que contribuyeron al desarrollo de esta investigación y me acompañaron a lo largo de este proceso. En primer lugar, agradezco a mi asesora, Cristina Sacristán, porque desde el primer momento que le presenté el proyecto de este trabajo, ha contribuido con sus minuciosas lecturas y comentarios, siempre con gran generosidad y paciencia. Sus habilidades como profesora e investigadora, así como nuestro interés compartido por la historia de la medicina, han sido una fuente constante inspiración para mí.

A mis lectoras, María Eugenia Chaoul Pereyra y Elsa Muñiz García, les agradezco enormemente su tiempo y valiosas observaciones. Sus perspectivas y sugerencias enriquecieron este trabajo, ayudándome a ver más allá de mis propios enfoques. Sus aportes no solo mejoraron esta investigación, sino que también me motivaron a seguir creciendo como investigadora.

Quiero agradecer a mis compañeros del Seminario Salud, Historia y Sociedad del Instituto Mora, especialmente a, Ivonne Meza, Gibrán Monterrubio, Lourdes Bautista, Sandra Ayala, y a la Dra. Alicia Márquez, quienes me apoyaron con sus comentarios y me dieron ánimos. A la profesora Verónica Zárate Toscano, cuyas lecturas contribuyeron al desarrollo de mi proyecto. A Alicia Salmerón Castro, por su apoyo y vocación docente; nuestras conversaciones me ayudaron a confiar en mi propuesta de investigación para postularme al doctorado.

Mi especial agradecimiento al personal de la Biblioteca Ernesto de la Torre Villar, del Archivo Histórico de la Biblioteca Francisco Xavier



Clavigero y del Archivo de la Secretaría de Salud. En particular, a Rogelio Vargas, cuya amabilidad y gran conocimiento del Archivo de la Secretaría de Salud fueron esenciales para afinar mi búsqueda de documentos y enriquecer este trabajo.

A mi familia por su apoyo. A mi madre, Luz María Ortiz, quien siempre ha creído en mí, me ha motivado a estudiar, y ha respaldado todos mis proyectos, gracias por apoyarme incondicionalmente. A Carlos Lindarte, por leer los borradores de esta tesis y escucharme hablar innumerables veces sobre las mujeres gestantes, incluso contra tu propia voluntad. Gracias por cocinarme arepas y tenerme tanta paciencia. A Lorena López, por darme ánimos y siempre hacerme reír.

A mis amigos. David Bolaños, gracias por compartir tu vasto conocimiento de la historia de la Iglesia, por leer mis borradores y escucharme sin importar la hora. A Patricia Orta, por tu gran amistad y por apoyarme en este largo proceso. Sin su compañía, este camino hubiera sido más complicado. A Rocío y Mechita por estar al pendiente de mí.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías, y al Instituto Mora por proporcionarme las herramientas necesarias para desarrollar esta investigación.



Lista de abreviaturas

ACM	Acción Católica Mexicana
AHBFXC	Archivo Histórico de la Biblioteca Francisco Xavier Clavigero
AHSS	Archivo Histórico de la Secretaría de Salud
APPF	Asociación Peruana de Protección Familiar
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPD	Centro de Estudios de Población y Desarrollo
CONAPO	Consejo Nacional de Población
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
JFCM	Juventud Católica Femenina Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud



ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAN	Partido Acción Nacional
PRI	Partido Revolucionario Institucional
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
UFCM	Unión Femenina Católica Mexicana
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas



Lista de gráficos y figuras

Gráfico 1. Incremento del total de la población en la ciudad de México, 1940-1970.

Figura 1. “Proteger a la joven es servir a la Patria”, Acción Femenina, 1952.

Figura 2. ¿“Y tu mamá” ?, Acción Femenina, junio, 1966.

Figura 3. Trotta, “Coma, coma”, Claudia, noviembre, s/n, 1965.

Figura 4. S/a, “Cómo recuperar la línea”, Kena, marzo, 1967.





Instituto

Mora



ÍNDICE

Agradecimientos	v
Lista de abreviaturas	vii
Lista de gráficos y figuras	ix
Resumen	xv
Introducción	17
Capítulo I. Los entornos de la mujer gestante en el auge y decadencia del milagro mexicano	43
1.1 El milagro mexicano: entre el aumento poblacional y una política pronatalista	44
1.2 Las complejidades de una ciudad moderna: el crecimiento demográfico y la desigualdad social	52
1.3 Mujeres en la ciudad: la demanda de fuerza laboral femenina y la exigencia de la maternidad	58
1.4 Los valores católicos en peligro: el reforzamiento de la moral, la lucha por la procreación y el derecho a la vida	70
1.5 Conclusiones	82
Capítulo II. Desafíos para la vigilancia del cuerpo de la mujer gestante: estrategias de los ginecobstetras por la salvaguarda de la maternidad (1940-1975)	85
2.1 Los ritos de consagración y control de la maternidad en Occidente	87
2.2 De la creación de la especialidad a la constitución del gremio en la ginec obstetricia	89
2.3 Directrices y exigencias médicas para la vigilancia del embarazo: nutrición, monitoreo y prevención de enfermedades (1940-1975)	98
2.4 Control del parto: manejos farmacológicos del dolor, la psicoprofilaxis y algunas complicaciones médicas	114



2.5	Retos por la salud reproductiva y la planificación familiar: aborto, anticoncepción, desafíos éticos y morales	127
2.6	Conclusiones	135

Capítulo III. La Iglesia y la Acción Católica: estrategias por la permanencia de la madre amorosa y fecunda **137**

3.1	La juventud mexicana frente a la modernización y el régimen emocional de mediados de siglo XX	140
3.2	El cuerpo de las jovencitas para la Unión Femenina Católica Mexicana (1940-1975)	145
3.3	La familia: Una “célula del organismo social” para la ACM	162
3.4	Mujeres trabajadoras y modernas: un problema para el ejercicio tradicional de la maternidad	176
3.5	Inquietudes católicas sobre la “liberación femenina”, los anticonceptivos y la planificación familiar (1960-1975)	185
3.6	Conclusiones	194

Capítulo IV. Guardián del cuerpo femenino: Los discursos del Estado que normaron la experiencia materna **197**

4.1	Ocuparse del cuerpo de la mujer: hacia una infraestructura renovada para su atención	199
4.2	La SSA: La salud materno-infantil y el naciente interés por la formalización de la salud ginecobstétrica	202
4.3	Experiencia materna hospitalaria y tecnológica: una ambición por el cuidado preconcepcional, prenatal, del parto y postparto	208
4.4	El IMSS: De una apuesta paternal por el cuidado del cuerpo gestante a los esfuerzos por la planificación familiar	220
4.5	Los caminos hacia la planificación familiar en la SSA	224
4.6	Conclusiones	229



Capítulo V. Espacios de definición de la experiencia femenina en Kena y Claudia: las disyuntivas entre la maternidad y el ejercicio de la sexualidad (1960-1975)	231
5.1 Kena y Claudia como espacios de ambivalencia y modernidad	234
5.2 Las exigencias entre la “mujer-madre” y la mujer cosmopolita	237
5.3 ¿Sexo por placer o para reproducirse?	247
5.4 Cuidados del cuerpo femenino: Recomendaciones para antes, durante y después del embarazo	255
5.5 Conclusiones	265
Consideraciones finales	267
Bibliografía y fuentes primarias	271





Instituto

Mora



Resumen

Esta investigación estudia los discursos sobre el cuerpo de la mujer gestante en México durante el auge y declive del milagro mexicano. Analiza cómo el Estado, la Iglesia, la medicina y las industrias culturales conformaron visiones del cuerpo femenino que lo definían no solo en términos biológicos, sino también como un símbolo de valores morales y un referente de comportamientos esperados en la época en relación con la maternidad. A través de tres enfoques—el cuerpo productivo (Estado), el cuerpo moral (Iglesia) y el cuerpo médico (medicina)—, se analiza cómo estas instituciones promovieron la maternidad como símbolo de moralidad y pilar de la identidad nacional. Este trabajo evidencia cómo estos discursos moldearon las expectativas culturales sobre la maternidad, consolidando el cuerpo gestante como un elemento clave de control social y regulación biopolítica.

Abstract

This research studies the discourses surrounding the pregnant female body in Mexico during the rise and decline of the Mexican Miracle. It analyzes how the State, the Church, medicine, and cultural industries shaped visions of the female body, defining it not only in biological terms but also as a symbol of moral values and a model for expected behaviors related to motherhood. Through three approaches—the productive body (State), the moral body (Church), and the medical body (medicine)—the study examines how these institutions promoted motherhood as a symbol of morality and a cornerstone of national identity. This work reveals how these discourses shaped cultural expectations around motherhood, consolidating the pregnant body as a key element of social control and biopolitical regulation.



Instituto

Mora



Introducción

Actualmente podríamos suponer que los estereotipos femeninos donde las mujeres esperan con la cena preparada a sus esposos, en un hogar limpio y con los hijos a su lado han quedado obsoletos. Si bien, gracias a la obtención de derechos y los logros de las luchas feministas, es totalmente válido que las mujeres decidan el curso de su vida y los objetivos que tendrán a largo plazo, como la maternidad, el trabajo, su sexualidad; también es cierto, que los estereotipos y representaciones de las mujeres en las industrias culturales aún promueven imágenes que idealizan a la mujer en un entorno doméstico casi perfecto. En estas representaciones, las mujeres se muestran arregladas, con cena preparada para el marido, mientras cuidan simultáneamente de sus hijos.

Un claro ejemplo de ello, es la tendencia llamada *tradwife* en *Tik Tok*, una red social que se ha convertido en un manual contemporáneo de modales, y ha logrado popularizar a la esposa tradicional. En videos de apenas tres minutos, esposas jóvenes preparan menús laboriosos para satisfacer el apetito de los maridos y los hijos. Estos ocurren en cocinas con una estética impecable, donde las mujeres aparecen con atuendos a la moda y realizan recetas complejas con facilidad aparente. Algunas periodistas, señalan que ese discurso, en realidad, no está dirigido para mujeres, sino que es para los hombres que buscan esposas tradicionales. Es un contenido, que a través de su discurso tiende a minimizar la carga del trabajo doméstico y las dificultades a las que se enfrentan las mujeres en la maternidad y en el matrimonio, pues refuerza la idea de que el lugar de las mujeres se encuentra en el hogar.¹Adicionalmente en *Tik Tok* proliferan numerosos *influencers* médicos, que si bien informan sobre la salud reproductiva, también ejercen cierta presión sobre los cuerpos de los mujeres, ya que se les invita a seguir ciertos estándares sobre cómo y cuándo manejar sus embarazos.

La adhesión a los roles tradicionales de esposa y madre parecería algo obsoleta en 2024; sin embargo, la realidad del presente nos demuestra todo lo

¹Jessica Grose, "Tradwife content", en *The New York Times*, 2024, <<https://www.nytimes.com/2024/05/15/opinion/tradwife-tiktok.html>> [Consulta: 31 de agosto de 2024.]

contrario. Esta problemática resalta la necesidad permanente de seguir cuestionando los roles sociales de género, que históricamente han definido y limitado las expectativas hacia las mujeres, los cuales usualmente son difundidos mediante discursos de múltiples instancias de poder que tienen gran impacto en la sociedad. Así que no debe tomarse como una exageración el impacto que tienen y han tenido los discursos de poder sobre las representaciones y prácticas de la vida de las mujeres.

Por lo tanto, la relevancia de entender las normativas que han regulado al cuerpo femenino en la historia y sus implicaciones justifica la pertinencia de esta investigación. El objetivo de este trabajo es el estudio de los discursos emitidos por el Estado, la Iglesia, la medicina y las revistas femeninas sobre la percepción y experiencia del cuerpo de la mujer gestante en México, particularmente durante el auge del milagro mexicano y los años subsecuentes. Mediante un análisis detallado de las políticas de salud reproductiva desde 1940 hasta 1975, se indaga cómo estas instituciones moldearon las expectativas sociales y los roles femeninos, y resalta cómo la maternidad se transformó en un símbolo de moralidad e identidad nacional en ese periodo.

Al explorar la transición desde políticas pronatalistas a las iniciativas de planificación familiar, se destacan los desafíos y cambios en el acceso a servicios de salud adecuados para las mujeres, así como las diversas reacciones sociales a estos cambios. Este análisis nos permite comprender cómo se entrelazaron factores políticos, médicos y religiosos para configurar una narrativa de maternidad que impactó significativamente tanto en la salud como en los derechos reproductivos de las mujeres de acuerdo con las normas morales de la época.

Durante el milagro mexicano (1940-1970) y hacia finales de este, la industrialización y el crecimiento económico modificó el curso de la vida de los habitantes del país; en especial, en aquellos que vivían en las grandes ciudades. Sin duda alguna, la modernización en la ciudad de México provocó cambios en la vida de las mujeres, lo cual generó tensiones en las expectativas tradicionales que se sostenían sobre ellas respecto al cuidado doméstico y la reproducción. Tales cambios socioeconómicos y culturales no solamente impactaron en la vida pública

y laboral de las mujeres, sino que también, tuvieron relevantes implicaciones en la manera en que se controlaba y percibía su corporeidad, en particular, lo relacionado con el mandato de género sobre el ejercicio de su maternidad.

El aumento de mujeres en el espacio público como trabajadoras y participantes en otras actividades de ocio que trascendían la esfera del hogar, impulsó discursos y prácticas para preservar los roles tradicionales de género. Las narrativas provenientes del Estado, la Iglesia y la medicina buscaron mantener un *statu quo* y se centraron en normar el cuerpo de las mujeres gestantes. Estas usualmente conformaron discursos que iban dirigidos a la clase media, y en menor medida a la clase baja.

Desde la historiografía de la historia de las mujeres y el género, los estudios se han centrado en indagar sobre los cambios que produjo el milagro mexicano y la consolidación del Estado priista desde las investigaciones de la domesticidad, la criminalidad, el acercamiento a las prácticas sociales que construyeron paulatinamente mujeres más libres y modernas, así como de aquellas que se integraron a los espacios de la política.² Sin embargo, la historia del cuerpo en la segunda mitad del siglo XX es un área que desde la historia cuenta con pocos estudios aún y, actualmente es un campo historiográfico que se encuentra en construcción, sobre todo como área de estudio para la comprensión de la vida de las mujeres a través de los fenómenos que atraviesan su corporeidad.

Atendiendo a esta necesidad de indagar sobre las problemáticas históricas que envuelven al cuerpo, esta investigación se centrará en identificar aquellos discursos que, desde la medicina, la Iglesia y el Estado, se construyeron sobre el cuerpo de la mujer gestante durante el milagro mexicano y su proceso de decadencia. Debido a que, en ese contexto de herencia de la posrevolución, el cuerpo de la madre fue altamente valorado, tanto por posibilidad de gestar como de concebir a los nuevos ciudadanos que abonarían al proyecto de nación

² Véanse Maza, "Hogar y maternidad en México. Entre el deber ser y la realidad cotidiana", 2016; Santillán, "Maternidad y transgresiones penales en el Distrito Federal, 1940-1950", 2019; Tuñón, "El binomio madre-hijo"; 2008, Felitti, "Planificación familiar en la Argentina de las décadas 1960 y 1970", 2012.

revolucionario. En ese sentido, este estudio analizará cómo estos discursos moldearon expectativas y experiencias cotidianas de las mujeres gestantes.

El periodo de estudio abarca de 1940 a 1975. Se ha elegido como punto de partida el año de 1940, debido a que, a partir de ese momento, se observa una notable tendencia discursiva en la promoción del embarazo y el rol de la mujer como madre desde los poderes imperantes y el pronatalismo. Como límite temporal se ha seleccionado 1975, ya que en ese año ocurre la celebración del Año internacional de la Mujer en la ciudad de México, donde se abordaron diversas problemáticas con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las mujeres. Además, a mediados de los setenta, se evidencia que los discursos que, de la Iglesia, la medicina, el Estado y las revistas reflejan una transición hacia políticas de planificación familiar más concretas.

La construcción de estas narrativas desde estos poderes construyó representaciones en el imaginario que dieron forma a expectativas sobre el cuerpo femenino gestante y definieron la forma de concebir la experiencia de las mujeres como madres, esposas y amas de casa.³ Usualmente, esto se dio a través del fomento de una experiencia muy tradicional, tomando como referentes valores judeocristianos y heteropatriarcales, donde la conformación de una familia extensa era una meta común y el cuidado del hogar eran tareas usuales adscritas a las mujeres.

Algunos factores que problematizan esta investigación son los discursos sobre la corporeidad gestante que ocurrieron durante el robustecimiento del sistema de salud pública del Estado mexicano y la creciente medicalización, donde la atención ginecológica a la mujer se concentró especialmente en asegurar un buen número de nacimientos, y en el que la Iglesia buscó reforzar el papel de las mujeres como sostén biológico, emocional y social de la familia. Contexto en el que, de manera simultánea, surgieron demandas feministas por los derechos sexuales y reproductivos, que condujeron lentamente a la planificación familiar. Es entre esas tensiones de control estatal e institucional del cuerpo gestante y las demandas de

³ La noción de imaginario la entiendo según la definición que ofrece Julia Tuñón, como las maneras que en la sociedad percibe e imagina al mundo y a partir de las cuales se plantean representaciones intangibles. Véase Tuñón, "Nueve escritoras", 2006, p.4.

autonomía y derechos de las mujeres que se ubicará esta investigación. Lo anterior, nos lleva a realizar una serie de preguntas que definen el curso de este trabajo.

- ◆ ¿Cómo construyeron el Estado, la Iglesia y la medicina los discursos sobre la corporeidad y la experiencia de las mujeres gestantes durante el milagro mexicano en la ciudad de México?
- ◆ ¿Cómo contribuyeron estos discursos a reforzar las normas y valores sociales que vinculaban la identidad femenina con lo doméstico y la maternidad?
- ◆ ¿Cómo se relacionaron las demandas de la industrialización y modernización del Estado con las expectativas tradicionales de la maternidad?
- ◆ ¿En qué medida la vigilancia y medicalización del cuerpo de la mujer gestante por parte de los ginecobstetras reforzaron las normas de género y poder en la sociedad mexicana de la época?
- ◆ ¿De qué manera la Iglesia católica elaboró discursos que definieron la experiencia de la maternidad entre las mujeres mexicanas? ¿A qué respondió ese fenómeno?
- ◆ ¿De qué manera la Acción Católica Mexicana adaptó los mandatos de la iglesia católica para normar los deberes maternos y maritales que normaron la vida sexual y reproductiva?
- ◆ ¿De qué símbolos y estereotipos se sirvió la Acción Católica para reafirmar los discursos sobre el cuerpo de la mujer y la maternidad?
- ◆ ¿Cómo enfrentaron los discursos de los tres poderes la disyuntiva entre el deber ser de la maternidad y la necesidad de la juventud por explorar su sexualidad y su cuerpo?
- ◆ ¿Cuáles fueron las reacciones de los tres poderes frente al desgaste del protonatalismo, la decadencia del milagro mexicano y la aparición de los programas de planificación familiar?
- ◆ ¿Cómo emplearon las revistas *Kena* y *Claudia* su contenido para promover un ideal de mujer gestante y madre y de qué manera estos discursos contribuyeron a reforzar las expectativas de género de esas décadas?

Frente a estas interrogantes propongo como hipótesis que los discursos sobre el cuerpo de la mujer gestante emanados desde el ámbito médico, estatal, religioso y de las revistas, definieron no sólo el funcionamiento físico del cuerpo femenino en relación con la reproducción, sino que sus narrativas también delimitaron formas de comportamiento, valores, actitudes y procedimientos que se

consideraron “adecuados” para reforzar el rol de las mujeres como madres.⁴ El discurso médico enfatizó una supervisión exhaustiva de la gestación, priorizando la intervención médica como esencial para asegurar la salud de la madre y el niño, pero que también vigiló la conducta y moral de las embarazadas. Por su parte, el Estado promovió la maternidad como un pilar fundamental para el desarrollo nacional, enfocando sus políticas en incrementar la tasa de natalidad como un medio para fortalecer la economía y la estructura social del país. Simultáneamente, la Iglesia católica y la Acción Católica Mexicana definieron la experiencia de la maternidad desde la moral y la doctrina, enraizando su importancia en valores religiosos que destacaban la sacralidad y el deber moral de la mujer como madre. Las revistas, *Kena* y *Claudia* influenciadas por intereses comerciales, transformaron la gestación en un estado idealizado de la femineidad, promoviendo productos y estilos de vida que alineaban la maternidad con estándares de belleza y éxito personal. Esta combinación de influencias configuró la percepción social de la maternidad, y al mismo tiempo delineó los marcos de acción disponibles para las mujeres embarazadas, limitando significativamente su autonomía y derechos durante las décadas de estudio.

En consecuencia, propongo tres perspectivas para analizar el cuerpo de la mujer gestante, las cuales se expresaron en función de los intereses desde los distintos espacios de poder discursivos y pudieron manifestarse simultáneamente en cada uno de los discursos. En primer lugar, se encuentra el *cuerpo productivo*, el cual es construido por el Estado y en él la corporeidad es vista como una herramienta para sostener las dinámicas del trabajo propias del capitalismo. La maternidad fue promovida desde las instituciones estatales como una meta del proyecto nacional de modernización mexicano, donde la reproducción jugó un componente esencial para el crecimiento y la estabilidad económica del país.

En segundo lugar, está el *cuerpo moral*, el cual, se edifica desde las narrativas de la Iglesia. Desde esa perspectiva, la corporeidad encarna la moral

⁴ En el marco de esta investigación entiendo al cuerpo femenino más allá de un conjunto de extremidades, carne y órganos, que usualmente ha sido asumido como un campo de estudio propio de la anatomía y la fisiología en el saber médico. El cuerpo tiene significados sociales y culturales que también lo construyen. Le Breton, *La sociología del cuerpo*, 2018, pp.28-37.

cristiana, pues recibe y transmite los dogmas de la Iglesia y se convierte en un ejemplo importante para la preservación de la honra y el cuidado de la institución de la familia. Además, esa moral designa estándares y roles específicos para las mujeres, en los que usualmente se establecen los códigos para los comportamientos adecuados en lo que respecta a la sexualidad y al ejercicio de la maternidad. Su propósito es operar sobre la corporeidad para designar las normativas sobre la sexualidad y el cuerpo de las mujeres ciudadinas del milagro mexicano, hecho a imagen y semejanza de Dios.

Finalmente, se encuentra el *cuerpo médico*, el cual se define a partir de la comprensión fisiológica y de la preservación de la salud de la mujer. En el que la medicina asume un papel en la regulación y control de las conductas sexuales y reproductivas de las mujeres, guiando los pasos hacia la maternidad. En esta perspectiva, no solo se involucra la atención de la salud física, orgánica, sino que también se contemplan la sugerencia de normas y conductas para el bienestar e ideal desarrollo en sociedad de las futuras madres, su cuerpo se convierte en el repositorio de las innovaciones tecnológicas y narrativas científicas que prometen adecuar la experiencia materna a los estándares sociales de la época, los cuales exigían madres sanas y fuertes para enfrentar varios embarazos y partos. En este trabajo veremos que los tres tipos de cuerpos se entrecruzaron, no fueron exclusivos de cada uno de los discursos, lo cual demuestra que las narrativas compartieron elementos entre sí.

Este trabajo se adscribe a la historia sociocultural del cuerpo y el género, ya que es una aproximación a historiar los discursos que configuraron las normas y expectativas sobre la maternidad y la feminidad. En ese sentido, este trabajo se adscribe a la línea de investigación sobre la historia del cuerpo. La definición del cuerpo que se utilizará corresponde a la proporcionada por el antropólogo y sociólogo David Le Breton en *La sociología del cuerpo*. Este autor aporta una definición del concepto con varias acepciones que son una referencia. En la primera acepción señala que el cuerpo es moldeado por el contexto social y cultural que le rodea, y que, a partir de éste, se edifica una relación con el mundo. Esta evidencia de existencia corporal y carnal permite relacionar al cuerpo con sentimientos,

entrenamientos físicos, gestos, técnicas corporales y aquellos aspectos relacionados con el “sufrimiento y el dolor”. Como segunda acepción, considera que la realidad del cuerpo cambia de una sociedad a otra y ésta adquiere distintas definiciones y significados dependiendo de cada época. Por ende, el cuerpo no debe mirarse como una composición de “órganos y funciones coordinadas según las leyes de la anatomía y de la fisiología”.⁵ Ambas acepciones se tomaron en cuenta al estudiar las fuentes pues aportan elementos que me auxiliarán a entender la concepción del cuerpo de las mujeres en su etapa reproductiva.

Esta perspectiva se complementa con el concepto de cultura de género, el cual resulta útil para analizar dinámicas, normas y roles asignados al cuerpo femenino. Este enfoque propuesto por Elsa Muñiz, permite identificar la construcción histórica de los géneros en la cultura y destaca la importancia de reconocer los elementos femeninos y masculinos que componen a los géneros, así como las representaciones de lo cotidiano que los distinguen y su relación con las figuras de poder.⁶ Por otro lado, el concepto de género se entiende conforme a la propuesta de Joan Scott, que lo define como una construcción basada en distintos símbolos, conceptos y representaciones que provienen de discursos que buscan normar y mantener el orden social; y que al mismo tiempo define culturalmente a hombres y mujeres.⁷

Para entender los distintos significados atribuidos en los discursos hacia las mujeres gestantes, se recurre al concepto de performatividad de Judith Butler. El cual es entendido como “un ‘acto’ singular en tanto que es siempre la repetición de una norma o un conjunto de normas”, y se refiere a la práctica discursiva que no solo nombra, sino que también produce aquello que menciona. Se ha empleado en este trabajo sobre todo para analizar las narrativas en las revistas en las que se reafirman normas de género socialmente aceptadas.⁸

⁵ *Ibid.*, p.7-30

⁶ Muñiz, *Cuerpo, representación y poder*, 2004, p.10-20.

⁷ Scott, “El género: una categoría”, 1996, pp. 165-302.

⁸ Véase, Butler, *Cuerpos que importan*, 2022, pp.33-35.

Además, los conceptos de discurso y biopolítica empleados en esta investigación corresponden a las propuestas de Michel Foucault. La definición que he tomado de discurso de este autor está expresada de la siguiente cita:

...los 'discursos', tales como pueden oírse, tales como pueden leerse en su forma de textos, no son, como podría esperarse, un puro y simple entrecruzamiento de cosas y de palabras: trama oscura de las cosas, cadena manifiesta visible y coloreada de las palabras; yo quisiera demostrar que el discurso no es una delgada superficie de contacto, o de enfrentamiento entre una realidad y una lengua, la intrincación de un léxico y de una experiencia; quisiera demostrar con ejemplos precisos que analizando los propios discursos se ve cómo se afloja el lazo al parecer tan fuerte de las palabras y de las cosas, y se desprende un conjunto de reglas adecuadas a la práctica discursiva.⁹

Por otra parte, el concepto de biopolítica se refiere a la concepción del cuerpo humano como soporte de la vida y de los procesos biológicos, cuya regulación y disciplinamiento se volvieron esenciales a partir del siglo XVIII. Este enfoque surgió de la necesidad sociopolítica de controlar a las poblaciones mediante la gestión de indicadores como la natalidad, la salud pública, la longevidad, la migración y la vivienda, con el fin de supervisar y dirigir el crecimiento y desarrollo de la vida en sociedad.¹⁰

Hay que destacar que la historiografía sobre el cuerpo y la salud reproductiva de las mujeres es un campo del conocimiento que continúa en construcción. En su mayoría han sido investigadoras quienes han explorado estos temas, se han acercado al estudio de la corporeidad femenina, especialmente desde la medicina. Debido a ello aquí haremos referencia a los abordajes sobre los discursos médicos acerca del cuerpo de las mujeres en México, así como a la medicalización de la salud materna en otros países de Latinoamérica.

Existen investigaciones que abordan los discursos médicos y biológicos sobre el cuerpo femenino durante el embarazo y otros procesos como el parto y el puerperio enfocados desde la historia social y cultural en México. Dichos trabajos se ubican temporalmente en el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Cabe hacer

⁹ Foucault, *Arqueología del saber*, 1979, p. 80.

¹⁰ Foucault, *Historia de la sexualidad I*, 2007, pp. 168-170.

notar que, para este último, no existen muchos estudios sobre los cuidados obstétricos de la mujer, por lo cual mi investigación busca contribuir a una línea que involucra la perspectiva de género y el estudio del cuerpo femenino para esta centuria.

Un estudio relevante en esta línea es el de Oliva López, “La centralidad del útero y sus anexos en las representaciones técnicas del cuerpo femenino en la medicina del siglo XIX”, es un trabajo cuyo eje temático es cercano a esta investigación, ya que gira en torno a la supervisión del embarazo y al desarrollo de la obstetricia como rama de especialidad médica. En su trabajo, la autora se interesa por entender “las razones científicas y sociales por las cuales los médicos se propusieron estudiar de manera sistemática el útero y ovarios”.¹¹ La autora indaga sobre la praxis de la investigación médica en conjunto con otras disciplinas para poder entender al cuerpo femenino.

Para López, la práctica médica designó funciones que se consideraban correctas e incorrectas para el cuerpo de las mujeres, al relacionarlo con su composición física y su actividad sexual. La práctica médica “estandarizó” y homogeneizó aspectos más allá de lo científico para explicar el funcionamiento de sus cuerpos. Lo anterior, bajo una perspectiva que en ocasiones era llevada a cabo bajo “juicios ideológicos sobre las mujeres promovidos por una cultura masculina”.¹²

Considero que este escrito es una referencia muy importante desde la historia cultural, pues coincido con la autora en su argumento, según el cual, la ciencia médica estuvo influenciada -y determinada- por una visión y acciones ejercidas desde el mundo masculino en el tratamiento del cuerpo femenino. Su argumento contribuye a comprender cómo la ciencia médica del siglo XIX, estuvo determinada por una visión masculina, que a su vez impactó las políticas sobre la maternidad y el cuerpo en el siglo XX en México

Por su parte, Anne Staples en “El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico”,¹³ analiza el cambio en la

¹¹ López, “La centralidad del útero”, 2008, p. 149.

¹² *Ibid*, p. 149.

¹³ Staples, “El cuerpo femenino”, 2008, pp. 185-226.

atención del embarazo y el parto desde finales del siglo XVII hasta el siglo XIX. Staples destaca cómo las parteras indígenas y campesinas fueron las principales figuras que asistieron a las mujeres parturientas, y cómo, a medida que avanzaba el siglo XIX, el proceso de medicalización fue relegando los saberes tradicionales en favor de una legitimidad científica que privilegiaba a médicos y enfermeras. La autora subraya que la profesionalización y especialización de la medicina fueron fundamentales para transformar la concepción del parto, pues consolidaron la autoridad de los médicos en detrimento de las prácticas de las parteras. Este texto es esencial para comprender la transición histórica de la atención del parto, desde un ámbito privado y tradicional a uno público y regulado, y cómo los médicos se convirtieron en los únicos socialmente aceptados para intervenir en el cuerpo de las mujeres. Además, el estudio de Staples permite analizar cómo la institucionalización de la obstetricia implicó intentos de “homogeneización” en las prácticas y discursos en torno al cuerpo gestante, buscando legitimar esta área científica hacia el siglo XX.

En la misma línea sobre historia social de la salud reproductiva, se encuentran los trabajos de Celia Mercedes Alanís, quien ha investigado desde historia de la medicina, las mujeres y la infancia. En sus trabajos, se observa un especial y particular interés en temas como la salud materno-infantil y, a pesar de que sus trabajos se enfocan más en la comprensión de la atención a la infancia, representan un punto de partida en los estudios para comprender el proceso de medicalización y conceptualización del cuerpo de la mujer en sus procesos de embarazo y parto desde la ginecobstetricia mexicana. Un primer trabajo relevante de Alanís es su tesis de maestría, “El Hospital de Maternidad e Infancia, 1861-1905. Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México”, en el cual explora el origen y funcionamiento de esta institución de la Beneficencia Pública. Este estudio es relevante porque reconstruye el lugar en el que se evidencian los cambios de las prácticas tradicionales hacia modelos considerados modernos para la atención de mujeres embarazadas y sus hijos, donde la higiene femenina se convirtió en un tema central durante la segunda mitad del siglo XIX.¹⁴

¹⁴Alanís, “El Hospital de maternidad e infancia 1861-1905”, 2007.



Alanís aclara que su propósito no es estudiar la institución en sí misma, sino entender cómo, al interior de este hospital, se transformaron las prácticas de atención al parto, involucrando a médicos, algunas parteras, así como a las madres y sus hijos. Este hospital se planteó como un espacio propicio para la atención de embarazos y partos, promoviendo tratamientos basados en la ginecología y restando valor a los conocimientos de las parteras. Sin embargo, señala que, a pesar de la existencia del Hospital de Maternidad e Infancia, muchas mujeres de diversas clases sociales continuaron eligiendo parir en sus hogares con el apoyo de parteras o médicos particulares, mostrando resistencia a la institucionalización. La autora, no ofrece una conclusión definitiva sobre si los ginecólogos lograron transformar completamente las concepciones sobre el lugar más adecuado para atender el embarazo y parto desde la creación del hospital en la Ciudad de México.

En su tesis doctoral, “En el niño está en el porvenir de la patria. La institucionalización de la atención médica infantil en la ciudad de México 1920-1943”, buscó dar cuenta del “amplio y complejo proceso de institucionalización de la atención médica infantil en nuestro país, específicamente en la ciudad de México entre los años de 1920 y 1943”.¹⁵ Su estudio presta especial atención a aquellas instituciones y actores sociales que se vieron involucrados en la creación de instancias públicas para la atención de la salud de los niños, en el periodo comprendido desde el momento de la gestación en el cuerpo de la madre hasta sus primeros años de desarrollo. Los trabajos de la autora son antecedentes para mi investigación y, aunque abordan de manera indirecta el tratamiento del cuerpo de la mujer embarazada, evidencian que el cuidado a la infancia se priorizó por encima de cuidado de la salud femenina durante el periodo de gestación. Alanís indica que se desatendió el cuidado de las mujeres durante su embarazo, un asunto que también era indispensable para evitar la mortalidad infantil. El fenómeno de los decesos neonatales siguió ocurriendo y las autoridades no dudaron en culpar a las madres por el mal manejo de su salud durante el embarazo. En ese sentido, mi investigación se inserta en el contexto histórico posterior al de Alanís, puesto que

¹⁵ Alanís, “En el niño está el porvenir de la patria”, 2010, p.9.

las formas de concebir al cuerpo de la mujer gestante, después de la época posrevolucionaria, son un campo historiográfico que aún hace falta explorar.

Otro estudio sobre las representaciones que aborda el llamado a la atención materna, pero desde el análisis de publicaciones periódicas, lo encontramos el interesante trabajo de Julia Tuñón: “El binomio Madre-hijo, mujer-niño en la revista *Mujer* (1926-1929): La biología de cara a la emancipación femenina”.¹⁶ En este texto, la autora indaga sobre la importancia de la revista *Mujer. Periódico independiente* en la década de los años veinte. Tuñón afirma que los temas tratados en la revista tenían que ver con muchos aspectos de la realidad social, política, económica e incluso biológica en los que se veía relacionada la mujer. Esta revista “denuncia”, desde una mirada feminista, problemáticas de la mujer, pues menciona entre sus secciones aspectos como la creación de casas cuna para niños, violación sexual a mujeres, la sugerencia de “seguros maternos”, feminismo, etc. Sin embargo, para Tuñón, el contenido de la revista termina reforzando “la división sexual del trabajo”, la mujer como responsable de reproducirse, consecuencia de las ideas eugenésicas de finales del siglo XIX. La conclusión de la autora es que la biología era la que designaba las labores de la mujer como sujeto en la sociedad.

Por lo tanto, este trabajo establece un importante antecedente por el llamado y la preocupación que surgió sobre los aspectos reproductivos y la atención al cuerpo gestante que pretendo estudiar a lo largo del siglo XX mexicano. Karina Felitti en el artículo, “En sus propias palabras: Relatos de vida sexual y (no) reproductiva en México”, indica que entre la década de 1960 y 1970 algunas mujeres de clase media formaron parte de los cambios del modelo económico en México, lo que condujo a modificaciones en los roles de género y la relación con la “moral sexual.” Felitti realiza este trabajo desde la historia oral por medio de entrevistas y la revisión de los discursos en los medios de comunicación como el cine y otras industrias culturales. La autora apunta a que el cambio de “modelo de mujer moderna a uno de mujer liberada” permitió que las mujeres pertenecientes al sector medio se acercaran a las ideas feministas y a la confrontación de los valores tradicionales en la sociedad. Esta modificación de ideas en las mujeres ocurrió

¹⁶ Tuñón, “El binomio madre-hijo”, 2008, pp. 185-214.

durante un contexto por el cual México transitaba de un discurso demográfico que iba de lo pronatalista a la planificación familiar. En el artículo se señala que, a inicios de la década de los años setenta, el cambio hacia un discurso estatal a favor del control de la natalidad se debió al aumento poblacional, por lo que las políticas estuvieron dirigidas hacia la planificación familiar en un marco de los cambios económicos derivados de la inflación y el desempleo.¹⁷

En otro artículo de Karina Felitti, “De la ‘mujer moderna’ a la ‘mujer liberada’”. Un análisis de la revista *Claudia* de México (1965-1977)”, se aborda, desde el análisis de las representaciones de una publicación periódica la construcción del ideal de la “mujer moderna” a través de las imágenes y los escritos. El trabajo de Felitti se enmarca en el contexto de la década de 1970, cuando surgieron debates sobre la situación poblacional en México y el papel de la mujer en el mundo. A pesar de que el escrito se concentra en aspectos relacionados con la revisión de las industrias culturales, Felitti enfatiza en su escrito que la liberación de la mujer en ciertos sectores sociales, como la clase media, desencadenó una preocupación por prevenir embarazos, algunas discusiones sobre el aborto y así como el uso de anticonceptivos. De manera general hubo discusiones sobre el cuidado de la salud de la mujer. Según la autora, tener embarazos fuera del matrimonio aún era considerado un estigma o “‘mancha social’ difícil de borrar”. Incluso en algunos círculos sociales medios se llegaban a provocar abortos clandestinos, apresurar bodas o a “simular el nacimiento de un ‘hermanito’” para mantener el estatus social y moral.¹⁸ Ambos textos son un aporte significativo para la comprensión de los tópicos sobre los discursos sobre el manejo la vida sexual femenina, las reacciones del Estado mexicano frente a los problemas demográficos y las ideas morales sobre los roles de comportamiento femenino esperado en la sociedad.

Otro texto clave es el de “Maternidad y transgresiones penales en el Distrito Federal, 1940-1950” de Martha Santillán. En este artículo se exploran algunos delitos perpetrados por mujeres como el de aborto, infanticidio, abandono de infantes y el robo de niños. A través del análisis de estos delitos, se exponen

¹⁷ Felitti, “En sus propias palabras”, 2018, pp. 335-359.

¹⁸ Felitti, “De la mujer moderna”, 2018, pp. 1345-1359.

aquellos patrones por los cuales las mujeres transgredían el ideal de madre o encontraban la manera de serlo. Si bien no es un texto que aborde el tema de la ginecobstetricia, sí indaga y ahonda en las visiones de algunos médicos sobre estos crímenes y la manera de evitarlos en una época de gran conservadurismo. Se creía que los galenos tenían “la autoridad de sugerir la procreación”.¹⁹ Se menciona que hubo pocas opiniones como la de la médica Mathilde Rodríguez Cabo, quien proponía la educación sexual y el uso de anticonceptivos para evitar el abandono o maltrato de los infantes.²⁰ Santillán señala que, tanto la prensa como los médicos y criminólogos, insistían en una postura conservadora que situaba la sexualidad femenina únicamente en el ámbito del matrimonio.²¹ Este texto resulta importante pues evidencia aquellas mujeres transgresoras a las que les fue imposible adaptarse a los ideales de maternidad de la década de 1940. Nos indica que hubo mujeres que quedaron por fuera de los discursos de maternidad del Estado y que éste fue incapaz para atender problemas sobre la salud reproductiva para aquellas mujeres que no pertenecían a clases altas o medias, pues sobre todo las infanticidas se enfrentaron a condiciones de desigualdad económica y con desconocimiento de su propio cuerpo. Cabría preguntarse si en el periodo a estudiar para este trabajo se habló, refirió o se suprimió su labor desde los grupos médicos que se revisarán.

Graciela Freyermuth Enciso en “La partería en México hacia el siglo XXI. Las protagonistas”, señala la lucha entre médicos y parteras por la atención a las mujeres embarazadas desde el siglo XIX. La autora menciona que la inclusión del cloroformo como fármaco para el dolor para partos y la realización de cesáreas provocó la integración de los médicos en la atención a las mujeres embarazadas. La consolidación de la ginecobstetricia como campo de conocimiento en el siglo XIX promovió que, para el siglo XX, se afinaran más las técnicas de atención para procedimientos como la cesárea, el tratamiento de hemorragias, la aplicación de anestesia, el uso de antibióticos, etc. Dichos procedimientos eran monopolizados por los médicos y con ello dejaron poco a poco fuera el oficio de las parteras. Para mediados del siglo XX la consolidación de la ginecobstetricia se relacionó con la

¹⁹Santillán, “Maternidad y transgresiones”, p. 1124.

²⁰*Ibid.*, p. 1128.

²¹ *Ibid.*, pp. 1158.



decadencia de la partería.²² La partería profesional fue desapareciendo debido al aumento de residentes e internos de ginecología y la infraestructura hospitalaria desde mediados de 1950. Si bien el IMSS la incluyó a las parteras en su personal desde la fundación de la institución, para 1960 suspendió su contratación. Se menciona que su labor era apoyar a los médicos, pues dejaron de atender los partos; sin embargo, sus conocimientos fueron trascendentales para la formación de los galenos.²³ Dicha obra se centra de forma particular en el papel de las parteras y la práctica obstétrica ejecutada por varones; sin embargo, deja a un lado los discursos emitidos sobre el cuerpo de las mujeres atendidas por el saber ginecológico, aspecto que pretendo abordar en la tesis.

La historiografía hasta ahora revisada ha abonado ampliamente al campo de los estudios de historia de las mujeres y los estudios de género, así como de la atención a la salud reproductiva de las mujeres, donde pretendo insertar a mi investigación. Los textos revisados me indican los caminos trazados por la historiografía y sus principales líneas temáticas realizadas en décadas anteriores, en las cuales se incorpora la historia del cuerpo a través del uso de la categoría de género, y en el cual, sin duda, se identifica un proceso de medicalización de la salud materna por medio de la ginecología y la consolidación del rol de la mujer como proveedora de vida.

Ahora haremos referencia a aquellos trabajos sobre la construcción de la idea a la atención médica masculina al embarazo en España y países de América Latina como Chile y Argentina. Éstos han tenido aportaciones historiográficas importantes que han abordado con gran énfasis el siglo XIX y algunas décadas del XX. En la historiografía chilena encontré trabajos sobre la atención a la maternidad desde lo jurídico, pero también desde lo médico. Por ejemplo, el texto de Lidia Casas y Ester Valenzuela estudió la protección a la maternidad, así como a “la infancia, la familia, la sociedad toda (el bien común)”.²⁴ Las autoras realizan una revisión desde 1917 a

²² Según Cristina Rosado, el propósito de los galenos en controlar la práctica “sospechosa” de las parteras y el deseo de supeditarla al campo médico, se hizo evidente cuando se registró la partería en el Reglamento de Profesiones para 1945. Rosado Medina, “De la práctica a la reglamentación”, 2018, p. 27. En Freyermuth, “Los caminos para parir”, 2018.

²³ Freyermuth, “Los caminos para parir”, 2018. p.15.

²⁴ Casas y Valenzuela, “Protección a la maternidad”, 2012, pp. 77-101.

2009 en la historia chilena, enfocándose en la legislación de protección a la infancia. También, afirman, que el discurso empresarial y biomédico contribuyó a que se establecieran políticas sobre el cuidado de la maternidad y del infante, en el cual la lactancia era el medio más idóneo para el cuidado de los recién nacidos. Sin embargo, destacan que, en Chile, esta “protección” a los recién nacidos, lejos de identificar a la mujer como una ciudadana puso en riesgo y precarizó sus condiciones laborales, ya que antes que otra cosa se ponía por delante el cuidado y la crianza de los hijos.²⁵

Por otro lado, en Argentina, María Teresa Acosta en “Políticas de maternidad durante el período peronista: quiebres y continuidades en las relaciones de género”, menciona que desde el siglo XIX el interés desde el Estado argentino por la protección a las mujeres y su capacidad reproductiva fue un objetivo común. Las acciones estatales estuvieron dirigidas a disminuir la mortalidad infantil, mejorar la raza y promover la natalidad. Para el siglo XX, con el peronismo, se promovieron políticas públicas para identificar a la familia en un lugar trascendental en la sociedad. No obstante, se dieron diversos tipos de políticas públicas que eran “protonatalistas, promaternalistas y de crianza estatizada”.²⁶

La visión protonatalista tenía una postura por parte del Estado a favor del aumento de nacimientos y, por medio de campañas, promovieron la natalidad, la asistencia a las mujeres en el proceso de embarazo, el cuidado al pre y post parto y reprimieron el aborto. Por otro lado, el enfoque promaternalista, durante el gobierno peronista, no promovió la natalidad, sino más bien el cuidado de la madre y del infante, ya que no hubo acciones concretas para evitar los abortos, ni esfuerzos por controlar la venta de anticonceptivos o por aumentar la tasa de natalidad. Respecto a las políticas de crianza estatizada, la autora las identifica como acciones por parte del Estado que ocupaban el lugar vacío que dejaban las mujeres y la familia, pues más bien se centraron en el cuidado de la infancia. El texto de esta autora construye, desde varias visiones, la atención de la maternidad

²⁵ *Ibid.*, p. 79.

²⁶ Acosta, “Políticas de maternidad”, 2014, p. 10.

en Argentina, pero toca de manera tangencial la concepción del cuerpo en proceso de gestación.

En la misma línea sobre la atención a la maternidad es conveniente rescatar el trabajo de Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, en el que estudian las políticas de asistencia social a inicios del siglo XX, las cuales tuvieron un impacto en madres solteras y trabajadoras. Las autoras realizaron su estudio por medio de un análisis de fuentes desde una perspectiva del discurso legal, mismo que tuvo influencia en otros ámbitos como el médico y político. Argumentan que la preocupación por crear políticas y leyes de cuidado a las mujeres trabajadoras por parte del Estado argentino fue un indicativo de la aceptación de las mujeres en el ámbito laboral. Sin embargo, con la llegada del régimen peronista, este reconocimiento social hacia las mujeres se opacó con el proyecto de la creación de un seguro social en Argentina.²⁷ María Silvia Di Liscia, en el texto “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)”, explora las estadísticas demográficas en Argentina relacionadas con los registros de mortalidad y morbilidad que realizaron los programas higienistas de ese país. Di Liscia plantea las dificultades que hubo en el acceso y recopilación de fuentes demográficas, lo que implicó dificultades para el Estado argentino al momento de la creación de instituciones médicas. Pese a ello, en Buenos Aires, a finales de la década de 1930 y comienzos de los años cuarenta, se construyeron también centros materno-infantiles. Según los Anales de medicina, este proceso de institucionalización aseguraba un incremento de la atención materna, pues luchaba contra el “curanderismo obstétrico y la alta mortalidad materna”.²⁸

En otro texto de Di Liscia, titulado “Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940”, la autora señala que, a partir de la década de 1920 en adelante, en Buenos Aires, surgió un sistema institucional de salud que planeaba una gran cobertura social. Los institutos que daban atención a la puericultura y la maternidad se enfocaron en incorporar un servicio médico más “moderno” para embarazadas y los recién nacidos. Según Di Liscia la mortalidad

²⁷ Biernat y Ramacciotti, “La protección a la maternidad”, 2011, pp. 153-177.

²⁸ Liscia, “Cifras”, 2009, p. 269.

era algo inevitable para los médicos, pero, aun así, los galenos insistieron en llevar a cabo mejores controles periódicos del embarazo y para ello se tomó en cuenta la revisión constante de su peso, la toma de presión arterial y medicación. Sin embargo, la mejora en la atención al embarazo fue difícil, dado que la forma de promover las nuevas medidas profilácticas se realizó desde una postura médica autoritaria y fue difícil que la población se adaptara a estas nuevas propuestas institucionales.²⁹

Por otra parte, el artículo “Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)” de Karina Felitti, se centra en estudiar los debates y reacciones sobre algunas modificaciones en el tratamiento al parto. La autora se concentra en revisar las opiniones acerca del parto sin dolor, el parto psicofiláctico y sin violencia. Felitti explora las experiencias en la incorporación de estas transformaciones en la atención al parto, en las que señala hubo un interés de los médicos por mejorar la supervisión de las mujeres en proceso de gestación. Se identificó a las mujeres desde la medicina como pacientes activas frente a su parto y se propuso dejar atrás la concepción de mujeres “enfermas” durante el proceso.³⁰

La historiografía desde Chile y Argentina me proporciona varias perspectivas sobre cómo se ha trabajado desde la historia de las instituciones y de la medicina, algunos estudios que incluyen la atención al embarazo, parto y postparto. Estas investigaciones se insertan en una visión sobre la medicalización del cuerpo femenino entendido como un organismo dador de vida. Encuentro que existen experiencias compartidas en los enfoques e interpretaciones historiográficas de estos países, ya que México en el siglo XX, también pasó por procesos de institucionalización de los discursos y prácticas médicas en la ginecología. En el caso de la historiografía española encontramos ciertas autoras que brindan aportaciones sobre la consolidación de la ginecología en la ciencia hacia el siglo XIX y la medicalización del parto frente a la reducción de las mujeres en el área de atención a mujeres embarazadas. El texto de Sonia García, “De las prácticas

²⁹ Liscia, “Dentro y fuera del hogar”, 2005, pp. 95-119.

³⁰ Felitti, “Parirás sin dolor”, 2011, p. 126.

tradicionales a la supervisión médica en el ejercicio de la maternidad. Asturias 1900-1931”, nos habla sobre el proceso de medicalización al que se expuso la maternidad y la crianza a inicios del siglo XX en algunas regiones de España. En el artículo, se muestran los propósitos de los galenos por atender la maternidad, así como aquellas resistencias o mecanismos de negociación que tuvieron las mujeres con respecto a la medicalización.³¹ García Galán sostiene que la idea de que las mujeres estaban sujetas al ejercicio de la maternidad como algo fundamental en sus vidas se gestó desde el siglo XVIII y se consolidó hasta el XIX. La feminidad no fue separada de la idea de ser madre; el discurso ilustrado propuso la idea de la “madre científica”, que delineaba que una mujer al pendiente de su familia y de sus hijos, “debía someterse a la ciencia y seguir el consejo del médico experto”.³²

Para el siglo XX, el argumento de la proximidad de la madre a los discursos de la ciencia fue una constante que se vio reflejada en la insistencia por el cuidado de su maternidad desde la concepción hasta la crianza de los infantes. Los médicos delineaban en su imaginario a madres tradicionales que podrían estar a cargo de sus hijos y brindarles los mejores cuidados y alimentación; sin embargo, como García Galán señala, hubo mujeres que se separaron de estos ideales y no pudieron cumplir con los estándares científicos de maternidad debido a sus circunstancias socioeconómicas. El ejercicio de la maternidad fue definido desde la visión de médicos de clase media que pocas veces contemplaban las situaciones sociales en las que se desenvolvían las mujeres y restaron autonomía a las formas de llevar a cabo la maternidad. Pese a estas propuestas poco flexibles del ser madre, hubo mujeres de clases sociales bajas que se diferenciaron de los cánones de madre ideal imaginado por los galenos.³³

Considero que este es un estudio relevante para mi investigación, pues muestra cómo la medicina para el siglo XX reforzó las ideas relacionadas con el ser de la mujer anclado en la maternidad. Esto no ocurrió de manera diferente en el mundo occidental y México, ya que las consideraciones desde la ciencia médica estuvieron guiadas por la instauración del modelo de la familia nuclear, más que por

³¹ García, “De las prácticas tradicionales”, 2010, p. 133.

³² *Ibid.*, p.136.

³³ *Ibid.*, pp. 136-157.

el cuidado de los organismos y el cuerpo de las mujeres realmente. Al mismo tiempo, es visible una medicalización del cuerpo de las mujeres y una supervisión del cuerpo gestante en la cual los médicos ejercen un control no solamente científico, sino correspondiente al género femenino por las “obligaciones maternas” culturales propias de éste.

Teresa Ortiz en “Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX”, aborda el papel de las matronas y argumenta que su labor fue fundamental para colaborar con los médicos en diversos aspectos técnicos para la atención en los alumbramientos. Las matronas brindaban atención al parto; no obstante, para finales del siglo XVIII, los cirujanos en Europa buscaron las oportunidades para hacerse cargo por su propia cuenta de los cuidados del parto. Para el siglo XIX, los médicos continuaron en esa misma lógica, buscaron limitar las condiciones de acceso a la información sobre los cuidados del parto. Los galenos, de manera paulatina, edificaron un conocimiento del parto desde su mirada y su autoridad como hombres y científicos, lo que contribuyó a desarrollar planes de docencia sobre formación para las matronas. El objetivo de ello era consolidar un enfoque teórico sobre el parto realizado por manos masculinas, pero en la práctica las mujeres siguieron ejerciendo este oficio.³⁴ Podemos observar en el texto de Teresa Ortiz un proceso de masculinización del cuidado del parto de manera simultánea a la consolidación del saber científico como eje rector del mundo moderno.

El texto de Javier González, “Historia del alivio del dolor de parto en España” resalta que, a mediados del siglo XIX, en Europa se asociaba al tratamiento ginecobstetricia con las mujeres. Ejemplo de ello fue cuando se discutió el uso del cloroformo como anestesia en Europa y los médicos españoles se negaron a utilizarla como recurso por falta de conocimiento. La utilización del cloroformo fue negada como anestesia debido a la ignorancia e inseguridades sobre cómo manejarlo. Se mantuvieron los prejuicios de que se debía parir en condiciones de dolor, y no tenían en cuenta el sufrimiento del proceso biológico y porque de alguna

³⁴ Ortiz, “Las matronas y la transmisión”, 1999, p.56.



forma los médicos “se sentían orgullosos de no utilizar la anestesia obstétrica”.³⁵ Más allá de la peligrosidad de esta sustancia y del poco conocimiento sobre sus efectos, los argumentos de los médicos estaban centrados en la aceptación de un parto doloroso para las mujeres, pues se concebía que esa era la manera “natural”, que así debía ser. Lo anterior, estaba sujeto a los prejuicios sobre la naturaleza que definían el género femenino e iba por encima de la aplicación de la ciencia empírica. A manera de conclusión afirma, que la insistencia de los médicos en el conducir las academias de matronas e instituciones destinadas a la salud materna estaba más relacionado con un asunto de poder, que en un interés genuino acerca de la asistencia obstétrica del embarazo, parto y postparto.

Como se ha visto a lo largo de las páginas anteriores, la historiografía se ha centrado sobre todo en la mayor parte del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX; con ello se evidencia la falta de estudios sobre la historia de la ginecología y el contexto social relacionado con la salud de las mujeres. Si bien es cierto que la idea de binomio madre-hijo se reforzó en el siglo XX, al proteger en mayor parte la figura del infante, es significativo mencionar que, para mediados del siglo XX, la atención al embarazo y sus principales cuidados comenzó a ocupar espacio en la institucionalización del Estado y de la ciencia médica, lo cual se manifestó en los discursos médicos e institucionales en México y otros países de occidente. Ello se puede evidenciar, al menos, con la creación de espacios *exprofeso* para el diálogo teórico y práctico de la ginecología.

En suma, el abordaje de esta investigación hacia los discursos sobre el control corpóreo ejercido por distintas instituciones, abona a la comprensión del cuerpo humano como objeto de poder y de su relación con la categoría de género. La investigación sobre el cuerpo gestante es particularmente original, pues contribuye a descifrar las apreciaciones y definiciones sociales, culturales y políticas que la ciencia médica ha instituido a lo largo del tiempo. Este enfoque es fundamental para la historiografía mexicana, ya que proporciona una visión y un aporte sobre la historia de la medicalización del cuerpo femenino en sus etapas de

³⁵ González, “Historia del alivio”, 2005, p.75.

embarazo, parto y postparto, explorando ámbitos poco tratados anteriormente y expandiendo las narrativas existentes en la historia sociocultural.

Las fuentes primarias que sustentan esta investigación son diversas y han sido cuidadosamente seleccionadas para abarcar varios aspectos del tema. Entre ellas, se destaca la consulta del Archivo histórico de la Secretaría de Salud "Rómulo Velasco Ceballos", especialmente el fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia. En la Universidad Iberoamericana se consultó el Archivo Histórico de la Biblioteca Francisco Xavier Clavigero, el fondo de la Acción Católica Mexicana. Asimismo, se han contemplado publicaciones científicas como la *Gaceta Médica de México*, *Salud Pública de México*, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, y la *Revista de Medicina y Ciencias Afines*. Para entender la parte cultural, se consideraron las revistas *Kena* y *Claudia*. Adicionalmente, en la página del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) se han consultado los censos poblacionales desde 1940 a 1970, así como estadísticas de población e indicadores de la esperanza de vida. También se ha revisado la *Ley general de población* de 1974 y algunos informes presidenciales del periodo.

La tesis está conformada por cinco capítulos, en los cuales se abordan los discursos por separado de cada una de las instituciones. En el capítulo I se examina el período del milagro mexicano, destacando cómo las políticas pronatalistas buscaban aumentar la población y reforzar roles de género tradicionales, al reforzar la identidad femenina con su función reproductiva y moral en la sociedad. Este capítulo no se analiza ningún discurso; sin embargo, aborda la tensión entre la modernización económica y la conservación de valores conservadores, y cómo, en respuesta a cambios demográficos y presiones internacionales, el Estado eventualmente dio el paso hacia políticas de planificación familiar en los años setenta, redefiniendo así la percepción del cuerpo y la autonomía femenina. Este capítulo ofrece un contexto histórico sobre la interacción entre políticas gubernamentales, normativas religiosas y prácticas médicas en la conformación de los discursos sobre la maternidad y el rol social de la mujer durante un momento de intensa transformación para el país.

El capítulo II se analiza cómo las políticas de salud y las prácticas médicas en la ciudad de México, influenciaron el cuidado de la mujer gestante, el cual se vio atravesado por transformaciones en las narrativas médicas y sociales. Por medio del análisis de revistas científicas se analizan las intersecciones de la medicina, la moral y el control social sobre el cuerpo femenino, especialmente en discursos dirigidos a la clase media y en menor medida a la clase baja. Se explora cómo los ginecólogos utilizaron la plataforma de revistas científicas para definir y perpetuar un modelo de maternidad idealizado, enfocado intensamente en la salud reproductiva, el aborto, la anticoncepción y la planificación familiar. A través de estos discursos, los médicos gestionaban la salud física de las mujeres, pero también buscaban influir en su moral y comportamientos, enfatizando la maternidad como un componente esencial de la identidad femenina. Además, se discute el desarrollo de la ginecología en México, resaltando cómo estos avances estuvieron condicionados por las dinámicas de género, clase y raza, y cómo se integraron en los contextos culturales y políticos de la época.

El capítulo III explora cómo la Iglesia y la Acción Católica Mexicana (ACM) definieron y promovieron los roles femeninos durante el periodo de estudio, enfatizando la maternidad y la devoción marital como ideales de feminidad. Estas instituciones utilizaron el cuerpo y las emociones femeninas—particularmente el amor maternal y la abnegación—como recursos esenciales para sostener estos ideales, regular conductas, pautas de reproducción, y mantener el orden social. La colaboración entre la Iglesia y el Estado se fortaleció significativamente gracias al *modus vivendi*, un acuerdo que puso fin al periodo de anticlericalismo estatal, permitiendo así que la Iglesia expandiera su influencia sobre la sociedad mexicana. Este entorno permitió a la Iglesia promover sus valores a través de las estrategias discursivas de la ACM que combatían la secularización y reforzaban la conexión emocional de las mujeres con sus roles tradicionales, subrayando el papel crucial de las emociones en la formación de la identidad femenina y su función en la sociedad.

En el capítulo IV se analiza la influencia del Estado mexicano en la conformación de discursos sobre el cuerpo de la mujer durante el milagro mexicano,

con especial atención a las políticas de maternidad y su regulación médica y social. Se detalla la evolución desde una política pronatalista hacia estrategias de planificación familiar, motivada por presiones de organismos internacionales y desafíos derivados del aumento poblacional. Se aborda cómo la interacción entre el Estado, la Iglesia y el sector médico contribuyó a conceptualizar la maternidad como un deber social, más allá de su naturaleza biológica, imponiendo expectativas específicas sobre las mujeres. El capítulo también examina los progresos y limitaciones en la infraestructura de salud y las políticas públicas dirigidas a mejorar el cuidado materno-infantil, y cómo estos esfuerzos se vieron a menudo contrarrestados por dificultades económicas y sociales. También, explora el impacto de estas políticas estatales en las experiencias personales de maternidad de las mujeres, delineando cómo las expectativas sociales y médicas moldearon sus vidas en la segunda mitad del siglo XX.

Finalmente, el capítulo V indaga en cómo las revistas *Kena* y *Claudia*, durante las décadas de los sesenta y setenta, se convirtieron en plataformas de ambivalencia y modernidad en la representación de la feminidad y la maternidad. Se analiza cómo estas publicaciones, en un contexto de revolución sexual y cambios sociopolíticos globales, jugaron un papel crucial en la configuración del cuerpo y la identidad femenina, no solo como un recurso reproductivo, sino también como un símbolo de moralidad y control social. A través de las páginas de estas revistas, se examina la continua idealización de la maternidad, la promoción de la belleza y el bienestar corporal femenino, así como la tensión entre los ideales tradicionales y las nuevas libertades sexuales. Este capítulo evidencia cómo los discursos de estas publicaciones no solo reflejaban, sino que también moldeaban las expectativas, y experiencias de las mujeres en relación con su cuerpo y su rol social durante un período de cambio cultural en México.



Instituto

Mora



Capítulo I. Los entornos de la mujer gestante en el auge y decadencia del milagro mexicano

Introducción

En este capítulo exploraremos la relación entre el aumento poblacional en México y la política pronatalista implementada por el Estado. Durante esos años, se consolidó una cultura de género que priorizó el uso del cuerpo de la mujer por su capacidad reproductiva, pero también por el significado moral que adquiría al convertirse en madre. Durante el llamado milagro mexicano, se mantuvo una continuidad en la cultura de género de la etapa posrevolucionaria, cuyo objetivo era alcanzar un sistema político sólido y civilizatorio que definiría los comportamientos y conductas de los ciudadanos. Esta cultura estableció funciones sociales de hombres y mujeres en la vida cotidiana y contribuyó a la edificación de representaciones de cómo debe ser un hombre y una mujer, lo cual se legitimó a partir de un marco de relaciones asimétricas y prácticas de poder, que favorecieron la supremacía masculina.³⁶

En ese contexto, el cuerpo físico y simbólico de las mujeres se convirtió en un instrumento para cumplir con las expectativas de alta natalidad, en donde se asoció el aumento demográfico con el progreso económico y la estabilidad política. El tipo de mujer que promovían estos discursos, era, generalmente, una madre con nociones sobre su propio cuerpo y con un nivel socioeconómico que le permitiera tener varios hijos y cuidarlos.

El enfoque pronatalista cobra sentido en el marco del milagro mexicano al observar las necesidades de poblar al país. La exigencia de nuevos sujetos se consideró fundamental para sostener la industrialización y modernización nacional. En ese sentido, el cuerpo de la mujer gestante se integró en esa lógica como un cuerpo *productivo, moral y médico*, como parte de la *biopolítica de la población* que organizaba dinámicas de poder entre el Estado, la medicina y la Iglesia. Estas instituciones se servían del cuerpo de las madres para reforzar los roles de género

³⁶ Muñiz, *Cuerpo, representación*, 2002, p. 11-13.



a través de un ejercicio de *biopoder* que demandaba la cooperación biológica y social de las mujeres.

1.1 El milagro mexicano: entre el aumento poblacional y una política pronatalista

A diferencia de la primera mitad del siglo XX, después de 1950 el Estado mexicano pretendía otorgar una mejor infraestructura de salud para el embarazo, parto y postparto. Esa iniciativa permitió generar discursos y prácticas para disciplinar los cuerpos femeninos y promover el aumento de nacimientos.³⁷ Dicho enfoque se pudo ejecutar gracias al aumento de la esperanza de vida, el surgimiento de espacios de atención ginecológica, la intervención social de la Iglesia, y sus grupos de laicos. Por ende, la sinergia de estos factores permitió reforzar un rol femenino hegemónicamente sostenido en la maternidad.

El alza de los nacimientos durante el milagro mexicano se explica debido al crecimiento de la economía mexicana, que en esas décadas atravesó por cambios de producción. La industria y el sector de los servicios superaron las actividades agropecuarias, generando una bonanza económica.³⁸ Entre 1940 y 1970, se implementó un plan económico estatal que tenía como meta el desarrollo urbano e industrial, ambos objetivos, considerados como imprescindibles para modernizar el país.³⁹ Estos factores económicos estimularon, a su vez, una nueva distribución demográfica, e inclusive promovieron la migración a los grandes centros urbanos.⁴⁰ En la década de 1940, la población del país era de 19,653,550, y, para 1970,

³⁷ Según Michel Foucault desde el siglo XVIII el cuerpo humano se concibió como "cuerpo-especie", un concepto que destacó su papel como el sostén de la vida y de los "procesos biológicos". Este nuevo enfoque insistió en el control de la vida, la regulación y el disciplinamiento de los cuerpos. Surgió de la necesidad sociopolítica de controlar las poblaciones y la proliferación de la vida a través de indicadores de natalidad, salud pública, longevidad, migración y vivienda, entre otras. Asimismo, en esa inercia nació la era del *biopoder*, en la que las instituciones más importantes de la sociedad se involucraron en las regulaciones de la población y la sexualidad, para contribuir a las relaciones de producción en el pleno desarrollo del sistema capitalista. Foucault, *Historia de la sexualidad I*, pp. 168-170.

³⁸ Rabell, "Descenso de la mortalidad", 1986, p.42.

³⁹ Coral, "La clase media", 2006, pp.103-104.

⁴⁰ Sánchez-Mejorada, *Rezagos de la modernidad*, 2005, pp.14-15.



alcanzó los 48, 225,240 millones de habitantes.⁴¹El periodo comprendido en esos años es caracterizado por ser el de mayor aumento poblacional de la historia del país, con una tasa anual de crecimiento de 1.7% en 1940, a una de 3.5% en 1970, prácticamente la población se triplicó.⁴² Ese crecimiento fue resultado del aumento en la esperanza de vida,⁴³ la disminución de la tasa de mortalidad y del fortalecimiento del sistema de salud pública mexicano. La esperanza de vida se extendió de 44.4 años en 1940 a 66.2 en 1980, mientras que la tasa de mortalidad, que era del 27.7% en 1940, descendió a 6.6% para la década de 1980. Esto significa que los mexicanos ganaron más de 20 años en el promedio de esperanza de vida a lo largo de ese periodo.⁴⁴ De hecho, si comparamos el decenio de 1930 con la esperanza vida alcanzada en los años ochenta, ese progreso era impensable. En la primera mitad del siglo muy a menudo que murieran los hermanos, padres, hijos y parejas, por lo que mantener una “familia completa” era algo difícil de lograr.⁴⁵

Las transformaciones demográficas no solo se manifestaron debido a la disminución de la mortalidad, sino también por la presencia de una fuerte política nacionalista que encontraba el triunfo del país en el engrandecimiento de las familias mexicanas. Poblar al país fue un discurso recurrente en la primera mitad del siglo XX, las muertes originadas por la Revolución mexicana generaron mucha incertidumbre social, por lo que se necesitaban más manos para trabajar las tierras y garantizar el bienestar en las ciudades. Los gobiernos posrevolucionarios consideraron que, si la economía crecía a mayor velocidad y a la par que el aumento de la población, no habría dificultades para mantenerla en los siguientes años. Desde su punto de vista era necesario garantizar la fuerza laboral del futuro que

⁴¹ SEMARNAT, “Evolución de la población”, 2009.

⁴² INEGI, *Estadística de nacimientos*, 2015, p.2, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825075026.pdf> [Consulta: 20 de marzo de 2023.]

⁴³ INEGI, “Esperanza de vida”, 2020, <<https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20la%20esperanza%20de,2019%20es%20de%2075%20a%C3%B1os>> [Consulta: 20 de marzo de 2023.]

⁴⁴ Camposortega, “La evolución de la mortalidad”, 1989, p.231.

⁴⁵ Reyes, “El concepto de familia”, 2015, pp.223-224.



trabajara en las fábricas y que sirviera de apoyo para sostener la población en las urbes o en las regiones con poco crecimiento.⁴⁶

Por esa razón, incluso después de la posrevolución, hubo una continuidad en fomento de los nacimientos que se asumió como natural y sin mayores cuestionamientos en las políticas públicas del milagro mexicano. Esa tendencia se evidenció en el discurso de Miguel Alemán Valdés en su primer informe presidencial en 1947, afirmaba lo siguiente:

Es satisfactorio señalar que podemos tener confianza en el engrandecimiento de la nación, ya que nuestra población viene aumentando aproximadamente, a razón de quinientos mil habitantes por año. Este aumento es un índice que asegura nuestra capacidad de desarrollo económico; para mantenerlo constante o para que sea mayor, deben concurrir mejores condiciones del medio natural, mediante el auxilio de la ciencia, y superiores condiciones morales y materiales de la familia y del hogar.⁴⁷

En este fragmento se nota la asociación del discurso pronatalista con el éxito económico. El mandatario depositaba su confianza en el papel de la ciencia y en los pilares de la familia y el hogar para lograr el progreso de la nación. Sin duda, el aumento en la esperanza de vida y en el número de nacimientos, era una señal de éxito y motivación para la élite política. Esta perspectiva continuó durante el siguiente sexenio. En el mandato de Adolfo López Mateos (1958-1964) las autoridades celebraban los avances en la salud pública, aplaudían la disminución de los índices de mortalidad, el combate a enfermedades como la viruela, la fiebre amarilla, la poliomielitis. El cuidado de la salud infantil y materna fue una prioridad.⁴⁸ Sin embargo, esos triunfos también plantearon nuevos retos al Estado, ya que la creciente población requeriría de diversos recursos y la sostenibilidad económica se dificultaría a largo plazo.

No fue hasta el año 1972, en el sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), cuando se implementaron con premura las primeras medidas

⁴⁶ Gutmann, "Planificar la exclusión", 2015, p.61.

⁴⁷ *Informes presidenciales. Miguel Alemán Valdés*, 1° de septiembre de 1947, 2006, p.40, <<https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/re/RE-ISS-09-06-10.pdf>> [Consulta: 3 de marzo de 2024.]

⁴⁸ *Informes presidenciales. Adolfo López Mateos*, 1° de septiembre de 1964, 2006, pp.346-347, <<https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/re/RE-ISS-09-06-12.pdf>> [Consulta: 3 de marzo de 2024.]

gubernamentales dirigidas para reducir el aumento demográfico por medio de programas de planificación familiar, los cuales gradualmente frenaron la política pronatalista.⁴⁹ El caso de México es particular, ya que, en comparación con otros países de América Latina, su ejecución estatal surgió de manera repentina y tardía. En la región desde 1950 se desarrollaron medidas y proyectos de control demográfico, que, aunque su ejecución no fue nada fácil, fungieron como modelos y precedieron por varios años a México. Esto último puede explicarse por la presión de varios organismos internacionales, grupos de académicos y fundaciones privadas manifestaron ciertas preocupaciones por los “efectos negativos del aumento de la población mundial” en el “tercer mundo”. Muchas de estas iniciativas fueron influenciadas por las visiones académicas y “alicientes monetarios” desde los Estados Unidos. La planificación familiar surgió como una primera solución al marcado crecimiento de la población después de la Segunda Guerra Mundial. La agenda internacional catalogó al control demográfico como una respuesta alternativa y oportuna, para mantener la estabilidad económica, así como un adecuado ejercicio de la maternidad y para estimular una paternidad con mayor dedicación. Además, otros factores sociales y culturales se sumaron a esta necesidad expresada desde lo internacional, pues en los contextos locales de la región se dio un notable aumento en la integración de las mujeres al trabajo, el surgimiento de movimientos feministas, la aparición de la píldora anticonceptiva y las transformaciones en la moral sexual, fueron motivos para vigilar de cerca la natalidad.⁵⁰

Los casos de planificación familiar Chile, Perú y Colombia son representativos en este contexto internacional. En Chile se desarrollaron las primeras acciones de la región. En 1957, allí se creó el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), impulsado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC). Este centro fue fundado con la finalidad de proporcionar guías en el análisis de problemáticas en la demografía para los países latinoamericanos. Dicha institución junto con la colaboración de otros centros de

⁴⁹ Gutmann, “Planificar la exclusión”, p.62.

⁵⁰ Felitti, “Planificación familiar”, 2012, p.154-160.



estudios, desarrollaron investigaciones sobre las formas de reproducción en América Latina, y muchas de ellas concluyeron en la necesidad de una planificación familiar para la región. En dicho país se implementó desde la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) un "programa de salud familiar y regulación de la natalidad" en nosocomios públicos entre 1965 y 1973, a los médicos fundadores de esa asociación les generaba inquietud los abortos y las condiciones de desigualdad en las que vivían las familias extensas, es por ello que la planeación de nacimientos encontraba lógica en su aplicación. Lamentablemente, su aplicación fue en declive con la llegada de Augusto Pinochet al poder en 1973, ya que varias de las medidas diseñadas por los médicos anteriores al régimen dictatorial -uso de anticonceptivos y de dispositivos intrauterinos- se fueron deslegitimando, aunque ello no impidió que la corriente por la planificación familiar desapareciera.⁵¹

En el caso de Perú, desde la década de 1930, las investigaciones médicas comenzaron a vincular la pobreza y los problemas de salud materna, con la desatención en la planeación demográfica. Como respuesta se recurrió a la medicina preventiva para tratar los temas como la mortalidad materna, los periodos entre embarazos o las malas prácticas de aborto. Sin embargo, no fue hasta 1964, con la fundación del Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD) y la fundación de la Asociación Peruana de Protección Familiar (APPF) en 1967, cuando se pusieron en práctica las primeras medidas de planificación en el país. No obstante, en 1973 ocurrió una manifestación de negativa desde el poder político. Juan Velasco Alvarado estaba en desacuerdo con la Asociación Peruana de Protección Familiar y en 1975 cesó sus instalaciones. A partir de ese momento, no hubo un discurso dominante que promoviera la continuidad de la planificación familiar, lo que se mezcló con el rechazo de algunas mujeres a los al DIU y de falta de promoción de educación sexual.⁵²

En Colombia, el caso fue diferente, ya que es considerado uno de los más exitosos programas de planificación familiar del periodo. Desde antes de asumir como presidente Carlos Lleras Restrepo (1966-1970), y durante su mandato,

⁵¹ Felitti, "Planificación familiar", 2012, p.159-161.

⁵² *Ibid.*, pp.162-163.

mantuvo una amplia disposición para combatir los problemas de vivienda, empleo y educación, que podría generar un crecimiento poblacional, por lo que su gobierno apoyó la creación de una política nacional que tomó en cuenta la salud materno-infantil, las investigaciones sobre el aborto, la planificación familiar y la acción de instituciones como el Ministerio de Salud, Profamilia y Ascofame, las cuales apoyaron no solo en los temas de planificación, sino de detección de cáncer cervical y de tratamientos para la infertilidad. Además, cabe señalar que el Estado supo lidiar con las tensiones y presiones de la Iglesia católica para emprender sus programas, ya que como institución se encontraba debilitada su imagen por la “falta de consenso con respecto a su papel en la sociedad”.⁵³

A pesar de las dificultades que enfrentaron estos países, es claro que hubo debates e implementación de medidas de planificación familiar que respondían a demandas globales, y necesidades locales. En México, sin embargo, la situación fue diferente. En nuestro país, la promoción de la natalidad había iniciado desde la década de 1930, y se impulsó aún más en las leyes de población de 1936 y de 1947, que promovían la vida en matrimonio, la reproducción y la prevención de la mortalidad infantil. Es por esa esa razón que las políticas de planificación familiar fueron poco empleadas y no encontraron cabida entre las décadas de 1930 a 1960.⁵⁴

Más bien ocurrió lo contrario. A través de prácticas y narrativas conservadoras, se reforzó la prohibición del aborto y el consumo de píldoras anticonceptivas; ambas opciones solamente se recomendaban bajo circunstancias muy excepcionales en las que estaba en riesgo la vida de la madre o la del feto, tal y como veremos en el siguiente capítulo. En pocas palabras, México no contó con una política demográfica definida desde el Estado que dialogara con los diversos sectores o atendiera la creciente desigualdad social. Además, el movimiento feminista de Estados Unidos no tuvo una influencia clara en México en los años sesenta, al menos no de manera evidente en cuanto a la exigencia de derechos

⁵³ Measham, “En contra de toda probabilidad”, 2008, pp.154-156.

⁵⁴ Felitti, “Planificación familiar”, 2012, p.163.

reproductivos, lo que hizo que las políticas de control de la natalidad fueran imprecisas hasta, por lo menos, la década de los años setenta.⁵⁵

De manera adicional al fenómeno de la natalidad, es importante señalar que, las tasas de fecundidad en México se mantuvieron altas y casi al mismo nivel entre los años de 1940 a 1972. El número promedio de hijos por mujer era de entre 6 a 7, y el descenso de este se produjo de forma lenta. Las primeras reducciones significativas en la fecundidad se observaron en dos momentos en la segunda mitad del siglo XX. El primero ocurrió de manera sutil en la década de los sesenta, cuando en los grupos de mujeres citadinas, con acceso a la educación y al mundo laboral, comenzaron a tener menos hijos. El segundo momento se dio a principios de la década de los setenta, con la implementación del programa de planificación familiar. Este último contempló no solamente a las mujeres de la ciudad, sino a las que vivían en zonas rurales y con poco acceso a la educación. El cambio en las tasas de fecundidad de las mujeres fue tan drástico que después de dicho programa, pasó de 7 hijos a 4 por mujer hacia inicios de la década de los ochenta.⁵⁶

De lo mencionado hasta ahora, se puede observar que la población mexicana estuvo orientada por el discurso pronatalista que promovía la maternidad como un servicio a la nación. Esto se reflejó en las estadísticas, de 875, 473 nacimientos en 1940, se pasó a 2 132 630 millones en 1970.⁵⁷ Esa narrativa involucró directamente los cuerpos de las mujeres desde lo político, médico y religioso, al promover el embarazo y los cuidados de la institución familiar, aspectos que se discutirán más adelante. Ahora bien, es preciso señalar que este discurso a favor de una población numerosa cambió rápidamente a inicios de la década de los setenta por varias razones. Una de las causas fue la preocupación de la élite mexicana de que el aumento demográfico pudiera afectar negativamente a la economía mexicana y conducir a la 'sobrepoblación'. Además, el Partido Revolucionario Institucional (PRI), que se encontraba en el poder, encontró en el control demográfico una

⁵⁵ *Ibid.*, p.163.

⁵⁶ Zavala, "Dos momentos en la transición", 2009, pp. 6-7.

⁵⁷ INEGI, *Estadísticas Históricas de México*, Tomo I, p.58.



herramienta para supervisar la sexualidad y la anticoncepción de las ciudadanas mexicanas, lo que también estuvo influenciado por consideraciones morales.⁵⁸

Otra causa fue la presión ejercida por los demógrafos y organismos internacionales, que sugirieron medidas para controlar el crecimiento poblacional. México recibió una constante presión internacional, encabezada por los estadounidenses y el Banco Mundial, para reducir el número de nacimientos. Entre 1960 y 1970, se vivió una tensión política relacionada con el imperialismo estadounidense, que insistía en el control poblacional en América Latina para evitar levantamientos revolucionarios y proteger los intereses de Estados Unidos en el continente. La lógica era que una población más numerosa podría generar movimientos sociales que amenazaran el orden político.⁵⁹

Inclusive, en 1972, el presidente de los Estados Unidos, Richard Nixon, presionó al presidente Luis Echeverría para que prestara atención a problemas como desempleo, al aumento poblacional y las amenazas del comunismo internacional, las cuales, según Nixon, eran considerados las mayores problemáticas de América Latina. Por ese motivo, había que cuidar que el aumento demográfico no se tornara en una molestia para los estadounidenses y que el comunismo fortaleciera movimientos sociales que pudieran beneficiar a la Unión Soviética. Como consecuencia, bajo estas presiones, México impulsó una política de control poblacional mediante campañas de planificación familiar y el uso de anticonceptivos hasta ya iniciada la década de los setenta. Cabe destacar que estas medidas se dirigieron a las mujeres, sin involucrar a los hombres en el control de la natalidad.⁶⁰

Sin embargo, a pesar de las advertencias demográficas a inicios de la década de los setenta, la política pronatalista ya había tenido un gran impacto en la ciudad de México, pues experimentó un aumento poblacional marcado entre 1940 y 1970. Las expectativas tradicionales hacia la maternidad, reforzadas por esta política, se amplificaron por los efectos de la industrialización y modernización, pues

⁵⁸ Gutmann, "Planificar la exclusión", 2015, p.62.

⁵⁹ *Ibid.*, pp.62-63.

⁶⁰ *Ibid.*, pp.62-63.



contribuyeron al alza de la natalidad y al uso del cuerpo de las mujeres como un recurso esencial para engendrar ciudadanos.

La migración a las ciudades, las mejoras en la atención a los partos y el aumento en la esperanza de vida fueron factores que influyeron en la estructuración de una urbe densamente poblada, marcada por matices socioeconómicos muy distintos. No todos los habitantes pudieron acceder a la prometida modernidad del “milagro mexicano”. La alta densidad poblacional, de hecho, no era sinónimo de bienestar o progreso económico, y este desequilibrio comenzó a manifestarse en la creciente desigualdad social en las urbes con más habitantes, como la ciudad de México. Por lo tanto, ante esa realidad, surgen las interrogantes: ¿cómo se enfrentaron las mujeres y futuras madres a estas dificultades? ¿de qué manera el discurso pronatalista y de progreso económico atravesó a las mujeres gestantes de la ciudad?

1.2 Las complejidades de una ciudad moderna: el crecimiento demográfico y la desigualdad social

El aumento demográfico impulsado por la política pronatalista del milagro mexicano, tuvo un visible impacto en la urbanización y en la conformación de la estructura social en México. No obstante, los logros anhelados no alcanzaron a los habitantes por igual. Uno de los principales problemas fue que el Estado manejaba un fuerte discurso político y económico que asumía que el nivel de vida de la población era el mismo, y en el que suponía que todos los habitantes podrían ser beneficiarios del crecimiento económico.

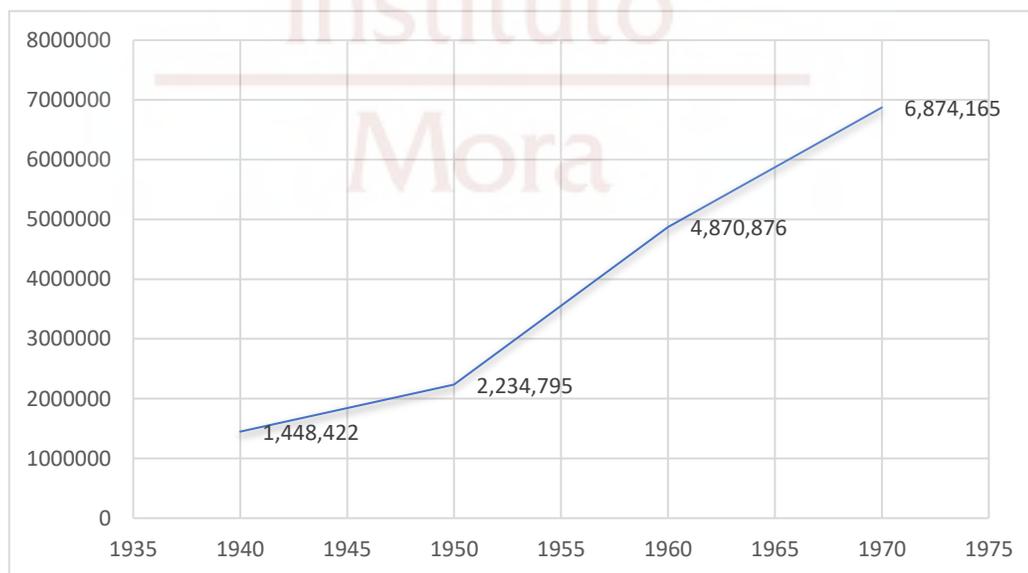
En este apartado nos interesa explorar cómo las dinámicas del aumento poblacional, el crecimiento económico y la industrialización transformaron la capital. Acercarnos a ellas nos permitirá identificar cómo se exacerbaban las desigualdades entre clases sociales y se generaron nuevos desafíos urbanos que también impactaron la vida de las mujeres gestantes. En ese sentido, es necesario subrayar que las condiciones no eran iguales para todas las habitantes de la ciudad de

México, lo que muy posiblemente se dificultó el seguimiento sanitario adecuado modernización.

La urbanización se promovió como uno de los símbolos de modernidad y progreso del régimen priista a mediados del siglo XX. En la década de 1960, más de la mitad de la población estaba asentada en Guadalajara, Monterrey y la ciudad de México.⁶¹ La capital se volvió uno de los centros de mayor concentración de ciudadanos al recibir migrantes de diversas partes de la república, lo que provocó un crecimiento considerable entre 1940 y 1970. Los censos poblacionales de esos años señalan que los habitantes de la ciudad de México pasaron de 1, 448, 422 a 6, 874, 165,⁶² millones, tal y como podemos apreciar en la siguiente gráfica.

Gráfico 1. Incremento del total de la población en la ciudad de México, 1940-1970.

Elaboración propia a partir de las cifras oficiales de los Censos Generales de Población década con década. Véanse *Sexto Censo General de Población, 1940, Séptimo Censo General de Población, 1950, Octavo Censo General de Población, 1960, Noveno Censo General de Población 1970.*, <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/> [Consulta: 15 de noviembre de 2022.]



⁶¹ Coral, "La clase media", 2006, p.104.

⁶²INEGI, *Sexto Censo General de Población: Distrito Federal, 1940*, p.13. INEGI, "Cuadro 1. Población total por sexo", *Noveno Censo General de Población, 1970*, p.3. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/> [Consulta: 15 de noviembre de 2022.]

La migración a las zonas urbanas fue impulsada por la crisis en el campo y la acelerada industrialización, factores que orillaron a que los campesinos buscaran oportunidades en las ciudades. Como resultado, la ciudad de México se convirtió en una de las más importantes receptoras de los migrantes. A partir de 1950, la capital comenzó a transformarse y varios de sus efectos se hicieron visibles en el aumento del valor del suelo, lo que se tradujo en una crisis habitacional por una mala distribución de viviendas. En ese contexto, la construcción de viviendas se dio de manera diferenciada según la clase social. Por ejemplo, los sujetos en condiciones de pobreza solían asentarse en terrenos donde armaban jacales improvisados, en los cuales sobrevivían en condiciones precarias, sin los servicios suficientes.⁶³

Tales viviendas contrastaban con las de la clase media en ascenso, cuyos representantes tenían la oportunidad y aspiración de conseguir una casa propia con todas las comodidades, en colonias de reciente formación con auge inmobiliario. Por otro lado, las residencias de clase alta estaban todavía más alejadas de esa realidad. La gente de mayor poder adquisitivo buscaba vivir en zonas exclusivas y modernas, alejadas de la alta densidad poblacional de la urbe; entre ellos, políticos de alto rango y empresarios, por mencionar algunos.⁶⁴

Si bien los deseos de modernidad por parte de la élite política y económica se manifestaban contundentemente, estos se vieron obstaculizados por las realidades heterogéneas que afrontaba la ciudad, las cuales reflejaban la desigualdad en el acceso a los servicios básicos para la vida cotidiana. Los obstáculos para alcanzar la vanguardia citadina se evidenciaron en la falta de agua y de viviendas equipadas para los que residían en el Distrito Federal. Por ejemplo, en 1942, solamente el 51% de 157,342 hogares habitados por 1,705,543 sujetos gozaban de agua entubada e incluso había zonas donde el suministro era insuficiente. El abastecimiento de agua en la urbe atravesaba por varias dificultades, como las fallas de presión en tuberías antiguas y el desperdicio de agua por parte de los usuarios. Ante a esta situación, las autoridades del Distrito Federal

⁶³ Sánchez-Mejorada, *Rezagos de la modernidad*, 2005, p. 171.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 171.

propusieron, gradualmente, planes para tratar de cumplir con las necesidades de la población. Entre las medidas se incluyó traer más agua de ríos como el Lerma, mejorar la presión, reglamentar su uso en edificios, evitar fugas y desperdicios, así como emprender una campaña educativa para el uso del agua de manera consciente.⁶⁵

Aun así, para la década de los cincuenta, muchas partes de la ciudad no contaban con suficiente agua. Un 35% de las colonias proletarias no tenían el servicio en sus hogares, para ello se trató de llevar transporte de agua a las zonas, se perforaron más pozos y se edificaron lavaderos y baños de uso público para los habitantes. Entre 1940 y 1950 se siguieron implementando medidas por parte del gobierno local para tratar de llevar el líquido a todas las zonas del Distrito Federal. Incluso, se buscó brindar más presupuesto para resolver la escasez y se preparó una “comisión de estudios técnicos” para que se calcularan y previeran las necesidades del agua en la urbe hasta la década de 1970.⁶⁶ Esas condiciones de precariedad en la urbe, particularmente afectaron a las mujeres de clase baja. La falta de acceso a servicios básicos y la precariedad de sus viviendas exacerbaban los desafíos del ideal de maternidad que demandaba la cultura de género; además el acceso dispar a los servicios de agua, de salud y vivienda adecuados incrementaba los riesgos en el curso del embarazo y parto de las mujeres gestantes, por lo que estas desigualdades de género se evidenciaban también en sus cuerpos.

Asimismo, el aumento de los habitantes en la ciudad obligó a los gobernantes a mejorar la infraestructura y los servicios básicos de vivienda, salud y transporte. Empero, el proceso de modernización no fue lineal, continuaron presentándose dificultades de orden técnico y administrativo. En la década de 1960 muchas personas vivían aún en condiciones precarias, varios capitalinos se concentraban en barrancas, casas de adobe, y en los peores casos, en cuevas. Durante esa década, se observó un notable aumento de colonias proletarias y de cinturones de pobreza, lo que evidenció que, a pesar del tan mencionado éxito económico del país, una buena los habitantes de la urbe vivía en condiciones de precariedad.⁶⁷

⁶⁵ *Ibid.*, pp.156-157.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 159.

⁶⁷ Gutiérrez, “Estudio de las condiciones”, 2000, p.27



Las desigualdades sociales se volvieron cada vez más evidentes, lo que llevó a la clase media a diferenciarse, al elegir viviendas lejos de las zonas populares. Este fenómeno propició un crecimiento de colonias alejadas que contaban con escuelas y deportivos con más exclusividad. Así, fue común ver a burócratas, abogados y periodistas integrarse en estos nuevos proyectos urbanos, buscando mejorar su calidad de vida y prestigio social.⁶⁸

Entre la década de los cuarenta y sesenta, un boom inmobiliario que transformó las viviendas de la ciudad y acentuó dinámica de desigualdad social en sus habitantes. La zona del centro debido a la falta de inversión de vivienda y de la demolición de vecindades, fue testigo del desplazamiento de sus habitantes a otras zonas de la ciudad. Como consecuencia, la periferia comenzó a albergar a los sectores menos favorecidos económicamente, quienes se ubicaron en vecindades, en domicilios con poca planeación urbana en colonias obreras; asunto que fue permitido por los gobiernos de la ciudad “para dar respuesta a la demanda de vivienda de los sectores populares”.⁶⁹

En contraste, otras colonias de la ciudad experimentaron un auge inmobiliario, gracias a la inversión estatal en viviendas para la clase media. Entre 1950 y 1960, colonias como Polanco, Chapultepec, Portales, Vértiz Narvarte, Condesa y Del Valle vieron un aumento significativo en sus habitantes. Tanto el desplazamiento de la población a zonas marginales, como la consolidación de colonias con habitantes de mayor poder adquisitivo, reflejaron el desorden en la urbanización de la ciudad y exacerbaron las desigualdades. Esa desorganización desencadenó temores por la sobrepoblación, la delincuencia y la corrupción, problemas que los gobiernos de la ciudad tuvieron que enfrentar con mucha dificultad en aquellas décadas,⁷⁰ y trataron de resolver con medidas como la construcción de nuevos espacios habitacionales.

Como resultado del aumento de la migración y crecimiento urbano de las décadas de 1940 y 1950, en la capital se emprendieron construcciones como hospitales, parques, escuelas, mercados, residencias de clase media y proletaria

⁶⁸ Gutiérrez, “Estudio de las condiciones”, 2000, p.31.

⁶⁹ Sosenski y Miranda, “La ciudad anhelada”, 2019, pp.3-5.

⁷⁰ *Ibid.*, pp.3-5.

en un ambiente que continuamente abrazaba las ideas de modernidad. La modernización no solamente implicó transformaciones materiales, sino modificaciones socioculturales en la vida cotidiana de sus habitantes. Era común que desde los medios de comunicación se promoviera un estilo de vida inspirado en el *american way of life*, una moda a la que usualmente se adscribió la clase media al procurar un alto “nivel de consumo”. Sin embargo, el ensanchamiento de la urbe y la presencia de numerosa población sembraron temores entre la élite política, los nuevos comportamientos modernos provocados por los emergentes espacios para los habitantes. Era notable una preocupación por el posible aumento de crímenes, la proliferación de sitios de entretenimiento y ocio, cabarets, “lugares donde se experimentaban conductas y sexualidades ‘torcidas’ e ‘inmorales’, pues se pensaban como terrenos considerados fértiles para la delincuencia”.⁷¹

Desde los años cuarenta, en la capital se diversificó el entretenimiento para los habitantes de todas las clases, las atracciones más populares eran el acudir a los toros, al box, a las salas de cine y a funciones de teatro. En la mayoría de estas diversiones se clasificaba a los asistentes por su estatus socioeconómico; había “gradas, lunetas, palcos, lugares reservados”. El único espectáculo con un ambiente democrático era la lucha libre, porque asistía gente de todas las clases sociales.⁷² Con estas dinámicas de socialización ocurrió un marcado crecimiento de los centros de convivencia nocturna, en los que muchas veces se transgredía la moral dominante, por ejemplo, se consumían bebidas alcohólicas en exceso o se acordaban posteriores encuentros sexuales o amorosos fuera de lo permitido por la moral, y que ponía en tensión los mandatos de género tradicionales.

Hacia la década de los cincuenta, los jóvenes de la clase media de otras urbes del país, se acercaron a la ciudad de México en busca de mejores oportunidades para realizar estudios universitarios y aprovechar los lugares de esparcimiento. Muchos de ellos se sentían presionados por los “valores tradicionales católicos y la falta de instituciones y espacios culturales, de cines, teatros, editoriales y galerías de arte”. Dada la tensión conservadora en sus lugares

⁷¹ Santillán, *Delincuencia femenina*, 2017, pp. 9-15.

⁷² Yannes, “Los cuarenta: seductora”, 1992, p. 173

de origen, estos jóvenes fueron en búsqueda de una ciudad que les prometía un poco más de libertades, a pesar de que en el entorno urbano también existirían formas de control de sus conductas. Los jóvenes expresaban el deseo de acudir a conciertos, obras de teatro, oír rock, ir al cine y estar en contacto con el mundo de los intelectuales. Todas estas actividades eran posibles en una ciudad que tenía una gran oferta cultural que estaba en auge.⁷³

Como respuesta a esas conductas, los medios de comunicación y los discursos del Estado usualmente destacaban la preservación de los valores conservadores basados en la familia tradicional y los roles de género socialmente aceptados que fomentaban el matrimonio y la procreación. A pesar de que los ideales de mujer exigían que las mujeres se quedaran en un ambiente doméstico, la situación del país y de la capital orilló a que muchas de ellas se integraran con mayor frecuencia a las actividades laborales derivadas de la industrialización y la rápida urbanización. Es fundamental entender que dinámicas urbanas no solamente intensificaron las desigualdades de clase, sino que también profundizaron las de género, especialmente en el acceso de servicios básicos, de oportunidades laborales y de salud para las mujeres. Estas problemáticas que desde el discurso pronatalista estatal, médico y eclesiástico, la mayoría de las veces no tomaban en cuenta, pues se asumía que por lo menos las mujeres mantenían un nivel socioeconómico cercano a la clase media.

1.3 Mujeres en la ciudad: entre la demanda laboral y las exigencias de la maternidad

En este apartado analizaremos cómo las narrativas de la política pronatalista, y el posterior programa de planificación familiar se desarrollaron en un contexto muy particular en la ciudad de México. Fue un periodo de constantes tensiones y controversias para las mujeres. Por un lado, la política estatal fomentó un incremento en la natalidad con una visión conservadora, basada en la idea de una

⁷³ Pozas, "Los años sesenta", 2018, p.122.

familia numerosa, y el rol de la mujer como madre y responsable del hogar. Por otra parte, el contexto económico requería de la participación femenina en el ámbito laboral, sin proporcionar siempre los apoyos necesarios para que las mujeres encontraran un equilibrio en ambas esferas.

Mientras algunos consideraban el trabajo femenino como un elemento desestabilizador de la estructura familiar, otros lo veían como una contribución al desarrollo económico del país. En la práctica las mujeres se enfrentaban a una amplia red de demandas y expectativas. Aquellas que lograron integrarse al mercado laboral formal accedieron a beneficios institucionales de salud y guarderías para sus hijos. Aunque estos apoyos no fueron suficientes o equitativos, representaron un avance en el apoyo a la vida familiar y a la salud femenina. Las mujeres con empleos afiliados a la seguridad social pudieron gozar de esos servicios, mientras que aquellas sin este beneficio, dependían de redes de apoyo familiar, si es que lo tenían. De este modo, las mujeres gestantes entre 1940 y 1975 vivieron en un complejo escenario.

Además de las tensiones entre el espacio público y el privado a las que estaban sujetas las mujeres, emergieron otros desafíos. Con la aparición del programa de planificación familiar y los movimientos feministas en la década de los sesenta y setenta, iniciaron los cuestionamientos que desafiaban el orden de la cultura de género. La llegada de los anticonceptivos y las estrategias de educación sexual, aunque inicialmente de difícil acceso, ofrecieron a las mujeres una mayor autonomía sobre sus cuerpos y en la elección en el número de hijos a tener. Estas circunstancias a cambiar las expectativas del futuro del papel femenino en el país.

En este apartado examinaremos cómo, durante el periodo de estudio, la vida de las mujeres en la capital estuvo marcada por frecuentes negociaciones entre las expectativas tradicionales y nuevas oportunidades que ofrecían salir del esquema usual de la maternidad y las labores domésticas. Esa compleja dinámica dio lugar a la expresión de discursos que involucraron a la mujer gestante. Se dictaron narrativas estatales, científicas y religiosas que definieron la vida de las mujeres. No obstante, muchos de estos discursos, como veremos en los siguientes capítulos, asumían que la mayoría de las mujeres tenía acceso a la educación básica, a los

servicios de salud, que tenían un buen poder adquisitivo y una red de apoyo familiar sólida.

Aquellas que migraron del campo generalmente se emplearon en trabajos domésticos, y en menor medida, como obreras en fábricas. Las que contaban con mayor preparación se destacaban como enfermeras, maestras o en el sector gastronómico.⁷⁴ Un buen número de mujeres trabajaba para gobierno, desempeñándose como burócratas, un empleo común desde la década de 1920, por lo que ya no representaba una novedad para las décadas de 1940 y 1950.⁷⁵

No obstante, es importante subrayar que la cultura de género predominante en la época consideraba al trabajo femenino como una fuente de tensiones sociales, ya que se percibía como una amenaza a las obligaciones domésticas y maternas.⁷⁶ Las relaciones laborales entre hombres y mujeres, así como el desbalance entre el trabajo y la vida doméstica, fueron temas que recibieron especial atención por poner en riesgo el cumplimiento de los deberes tradicionales femeninos.

Un ejemplo de esos desacuerdos ocurrió en la década de 1940, cuando algunos burócratas consideraban la presencia de las mujeres en el espacio público como incómoda y una carga para el Estado. Argumentaban muchas trabajadoras realizaban actividades poco productivas o que se dedicaban a la prostitución. Durante el gobierno de Miguel Alemán (1946-1952) hubo peticiones de hombres para despedir a las mujeres; dichos reclamos sucedieron en un periodo de inflación, de creciente migración y aumento del costo de vida, fenómenos que durante ese sexenio impactaron fuertemente en la ciudad de México.⁷⁷

⁷⁴ Gutiérrez, "Estudio de las condiciones", 2000, pp.50-51.

⁷⁵ Porter, *Del ángel del hogar*, 2020, p. 209.

⁷⁶ Elsa Muñiz argumenta que cultura de género opera a través de las instituciones y mecanismos de vigilancia, y establece conductas, maneras de ser por sexo, produciendo así una construcción de relaciones permitidas o prohibidas para los dos géneros. En ese sentido, el género femenino durante el periodo de estudio tenía la posibilidad de desarrollarse dentro del mundo del trabajo, pero con la condición de no descuidar su entorno doméstico familiar, y los discursos imperantes intentaron normar su socialización en el actuar como madre y trabajadora, fue difícil separar la maternidad de lo laboral. Muñiz, *Cuerpo, representación y poder*, 2002, pp.8-9.

⁷⁷ Porter, *Del ángel del hogar*, 2020, pp. 209-216.

Otro ejemplo se dio el año de 1951, cuando el sociólogo e historiador José Iturriaga⁷⁸ expresó su inquietud sobre el papel de la mujer trabajadora, pensaba que su integración al mundo laboral podía ocasionar el distanciamiento de las familias. Iturriaga relacionaba el aumento de mujeres en el espacio público con el aumento de divorcios. Además, le preocupaban aquellas madres solteras usualmente se desempeñaban como meseras, burócratas o trabajadoras del hogar. Pues estas mujeres habían incursionado en el mundo laboral antes de casarse y conocían la autosuficiencia, un aspecto que al final las motivaba a alejarse del matrimonio. Iturriaga señalaba que antes de la década de los cuarenta no ocurrían estas situaciones, atribuía esos cambios a la urbanización y modernización y argumentaba que en años anteriores las normas religiosas eran suficientes para garantizar la estabilidad familiar.⁷⁹

La recurrencia de las mujeres en el espacio público generaba inquietudes sobre las posibles repercusiones en el rol femenino, pues se temía por el descuido de las labores asignadas al cuidado del hogar, del esposo y la familia. Los hombres acostumbrados a una cultura de género conservadora, se inquietaban por las posibles fallas en la maternidad y la desatención que ellos mismos pudieran sufrir. Sin embargo, exigencias del capitalismo y la modernización obligaron a las mujeres a integrarse con mayor frecuencia a la fuerza de trabajo para sostenerse económicamente. Cumplir con todos los mandatos de género era difícil para las mujeres trabajadoras, pues era complicado encontrar un equilibrio en la maternidad, el cuidado del hogar y las exigencias del mundo laboral.

Para tener una idea de la cantidad de mujeres trabajadoras en la ciudad de México, en 1940 había 531 200 empleadas en sectores de la industria, agricultura,

⁷⁸ José Iturriaga fue un sociólogo, historiador, filósofo y abogado que formó parte de la administración pública y se desempeñó como embajador en la Unión Soviética y Portugal. En sus escritos abordó la situación socioeconómica del país a mediados del siglo XX. Entre sus obras más importantes destaca *La estructura social y cultural de México*, publicada en 1951. Alonso, "Entrevista inédita a José Iturriaga", 2011, <<https://revistadelauniversidad.mx/articles/8de55126-66b7-44b3-b8b7-21c9ee978103/entrevista-inedita-a-jose-iturriaga-sobreviviente-de-los-tiempos>> [Consulta: 2 de mayo de 2023.]

⁷⁹ Iturriaga, *La estructura social*, 1951. Citado en Porter, *Del ángel del hogar*, 2020, p. 216.



ganadería, construcción, comercio, servicios, entre otros rubros.⁸⁰ Para inicios de los setenta esta cifra aumentó a 711, 741 mujeres en la agricultura, ganadería, industria del petróleo y de la transformación, construcción, energía eléctrica, comercio, transportes, servicios, gobierno, etc. Durante este periodo, la mayor integración de mujeres al trabajo se dio mayormente en sector de los servicios,⁸¹ un ámbito que históricamente, se asoció con las labores “propias de la mujer”, entendidas como una extensión de lo doméstico. Ser cajera, maestra, recepcionista, secretaria eran empleos comúnmente asociados a lo femenino en la segunda mitad del siglo XX. Fue hasta inicios del siglo XXI, cuando los hombres comenzaron a integrarse paulatinamente a distintos empleos de servicios en México.⁸²

A pesar de las críticas masculinas, muchas mujeres permanecieron firmes sobre su participación en el espacio público. Además, la llegada de la segunda ola del feminismo a México, añadió una nueva tensión a la experiencia del ser mujer. Las transformaciones en las estructuras familiares y de género del periodo permitieron que algunas mujeres jóvenes se inscribieran en la universidad y combinaran sus deberes domésticos con el trabajo, lo que facilitó el desarrollo de profesionistas que comenzaron a trabajar en los sectores de servicios, industria, educación y el comercio. Aquellas que no lograron integrarse a carreras universitarias trabajaron en el servicio doméstico o como obreras.⁸³

El aumento de mujeres en los ámbitos laboral y educativo estuvo relacionado con los logros de movimientos sociales como el feminista y el de 1968, ya que ambos demandaron derechos y cuestionaron del autoritarismo gubernamental. Durante el movimiento del sesenta y ocho, fue común que los jóvenes rechazaran las formas arbitrarias de las relaciones familiares. Muchos crecieron en núcleos donde se obedecían órdenes de sus padres sin posibilidad de opinar sobre ningún asunto, y las mujeres eran excluidas de la discusión de temas sobre la educación y

⁸⁰ INEGI, “Cuadro 21. Población económicamente activa”, *Sexto Censo General de Población: Distrito Federal*, 1940, p.186, <<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>> [Consulta: 4 de octubre de 2022.]

⁸¹ INEGI, “Cuadro 23. Población económicamente activa”, *Noveno Censo General de Población*, , <<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>> [Consulta: 4 de octubre de 2022.]

⁸² Ronzón, “Alcances del trabajo”, 2016, p.253.

⁸³ Gutiérrez, “Estudio de las condiciones”, 2000, pp.47-51.

política. Los estudiantes que protagonizaron este movimiento exigían un gobierno sin tintes autoritarios y más democrático. Por su parte, las feministas de finales de los sesenta demandaron “igualdad laboral y educativa”, y gradualmente algunas mujeres tuvieron la oportunidad de poder integrarse más en la política, así como en los espacios educativos y laborales. Esto provocó un cambio en la composición tradicional de la familia, e implicó un mayor involucramiento con otros parentescos como los abuelos o tíos. Hubo una transformación paulatina en las formas de relacionarse y establecer lazos, debido a que las madres comenzaron a pasar más tiempo fuera de casa.⁸⁴ No obstante, eso no reemplazó la exigencia hacia el cumplimiento de la maternidad, pues en los discursos que analiza esta investigación, el papel de la mujer como madre y esposa se buscó reforzar aún más.

Igualmente, el aumento de trabajadoras coincidió con una progresiva demanda de modernización de los servicios de salud y seguridad social. Desde inicios de los años cuarenta, el Estado priorizó atención médica a los trabajadores ciudadanos, por tanto, intentó otorgar una cobertura desde varias instituciones. Uno de los primeros organismos en consolidarse fue la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), en 1943. Inicialmente, esta secretaría se enfocó en proveer servicios asistenciales por medio de la orientación de una “medicina clínica especializada” a través de la edificación de hospitales civiles en las urbes del país y en el área de la salubridad se emprendieron campañas para varias enfermedades como el bocio, las afecciones venéreas y la viruela, que fue una patología que necesitó de mayor vigilancia.⁸⁵ El incremento en la fuerza laboral femenina y la modernización de los servicios de salud, fueron ejemplos de las transformaciones sociales y económicas que afectaron la vida cotidiana y en las estructuras familiares de la ciudad.

En 1943 también se promulgó la Ley del Seguro Social, que fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, y que fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social

⁸⁴ Reyes, “El concepto de familia”, 2015, pp.224-225.

⁸⁵ Antes de la fundación de la SSA, actuaban por separado la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salud Pública; sin embargo, desde 1943 en adelante se pensó que los objetivos de ambas secretarías debían actuar en conjunto para resolver los problemas de salud del país. Véase Gómez-Dantés y Frenk, “Crónica de un siglo de salud”, 2019, pp. 205-206.



(IMSS).⁸⁶ Esta ley preveía la instauración de un sistema que cubriera las necesidades de protección a los trabajadores en caso de accidentes, enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez, vejez, cesantía involuntaria en edad avanzada y muerte. Asimismo, esta ley contempló un espacio para aquellas mujeres que estaban aseguradas en sus trabajos y que necesitaran atenciones para su maternidad. Entre los derechos otorgados a las mujeres, se consideró la cobertura y prestaciones durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, bajo el concepto de “asistencia obstétrica necesaria”. Además, se contemplaron subsidios por enfermedades no profesionales, apoyo durante la lactancia y una suma económica para gastos funerarios en caso de fallecimiento.⁸⁷

El IMSS fue concebido como instituto “público y descentralizado”, financiado a través de tres fuentes: aportaciones del Estado, de los empleadores y los trabajadores.⁸⁸ No obstante, en sus inicios enfrentó dificultades logísticas por la falta de recursos económicos, el exceso de burocracia, y la carencia espacios adecuados para su operación, ya que empezó a funcionar en edificios subrogados o casas acondicionadas.⁸⁹ Inclusive, algunas organizaciones obreras se opusieron al establecimiento del seguro, pues les descontaría parte del sueldo a los trabajadores, y esa medida en particular, violaba los contratos laborales colectivos, pues no se les había consultado a los empleados.⁹⁰

Otro organismo encargado de la seguridad social durante la segunda mitad del siglo XX fue el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fundado en el año de 1960. Sus antecedentes se remontan la reforma de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro en el año de 1947, la cual otorgó mayores beneficios en las prestaciones laborales y propuso una cobertura amplia de seguridad social para un número más extenso de trabajadores. Los principales

⁸⁶ Pozas, “El desarrollo social”, 1992, p.35.

⁸⁷ *Diario Oficial de la Federación*, 1943, pp. 1-5.

⁸⁸ Cotonieto-Martínez, “Evolución de la Seguridad”, 2020, pp. 746-747.

⁸⁹ Barajas, “Políticas de bienestar”, 2010, p.76.

⁹⁰ Ricardo Pozas Horcasitas señala que las organizaciones obreras que se oponían al establecimiento e imposición del funcionamiento del seguro social eran la Confederación Proletaria Nacional, la Alianza de Uniones y Sindicatos de Artes Gráficas, el Sindicato de Empleados Periodísticos, entre otros. Véase en Pozas, “El desarrollo social”, 1992, p.40.

favorecidos de esta reforma fueron los burócratas, ya que un porcentaje de sus pensiones se destinó a la edificación de viviendas que fueron ubicadas al interior y exterior del Distrito Federal.⁹¹ Sin embargo, los trabajos que requerían atención médica sólo podían ser atendidos en hospitales subrogados en emergencias, lo que generaba incertidumbre y precariedad en el servicio médico. Ante esta situación, hacia finales de los años cincuenta, la élite política buscó una solución.⁹²

En 1959 Adolfo López Mateos presentó ante el Congreso de la Unión una iniciativa para la conformación del ISSSTE, la cual fue rápidamente aprobada, y al año siguiente se fundó la institución.⁹³ El ISSSTE proporcionaba a los trabajadores del Estado prestaciones que englobaban el aseguramiento por enfermedades profesionales, no profesionales, accidentes en el trabajo, maternidad; otorgaba créditos, así como un seguro por invalidez y jubilación. En general, la institución prometía mejorar la calidad de vida de los servidores públicos y sus familias.⁹⁴

Así, la SSA, el IMSS y el ISSSTE, reflejaron el esfuerzo estatal por brindar seguridad social a sus ciudadanos. Sin embargo, sus atenciones al estar dirigidas a diferentes grupos de trabajadores no fueron homogéneas, ni suficientes para abarcar a toda la población. El IMSS tenía como objetivo cubrir la salud de “los trabajadores del sector formal privado de la economía”, mientras que la SSA se debía encargar de “los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana, productores de alimentos y generadores de materias primas esenciales”. Se pensaba que en algún momento el IMSS podría abarcar a todos los trabajadores en sus servicios médicos y que las instituciones de la SSA dedicadas a la asistencia desaparecerían eventualmente. Empero, a lo largo de esta década no fue así. El crecimiento de la economía informal impidió el avance de estos proyectos, y el IMSS ofreció una lenta cobertura, concentraba en 1946 solo el 61.5% de la población urbana del Distrito Federal.⁹⁵

⁹¹ Fajardo y Salcedo, “Semblanza del México”, 2011, p. 13.

⁹² Este instituto también fue descentralizado y su financiamiento se planeó para ser costado por el mismo Estado y las aportaciones de los trabajadores. Los servicios que ofrecía eran superiores al IMSS, puesto que consideraba atenciones para los familiares de los servidores públicos. Cotonierto-Martínez, “Evolución de la Seguridad”, 2020, pp. 748-749.

⁹³ Fajardo y Salcedo, “Semblanza del México”, 2011, pp.13-14.

⁹⁴ *Ibid.*, pp.13-14.

⁹⁵ Gómez-Dantés y Frenk, “Crónica de un siglo”, *Salud*, 2019, pp.206-207.

El escenario del sistema de salud pública hasta ahora expuesto sobre la fundación de las tres instituciones, nos permite observar un desbalance en la atención a la salud de la creciente población mexicana. En el caso concreto de los habitantes de la ciudad de México era indispensable pertenecer a la fuerza de trabajo del sector público o privado para recibir mejores prestaciones y servicios de salud por parte del IMSS o del ISSSTE, ya que los servicios ofrecidos por la SSA no eran muy claros para aquellos trabajadores que no estuvieran integrados a una empresa o dependencia de gobierno. Aunque la SSA brindaba su atención a la “población abierta” y “no asegurada”, los derechos de estos trabajadores al recibir cuidados médicos eran bastante vagos.⁹⁶

Esto sugiere que los residentes de la capital experimentaron una atención médica y derechos laborales diferenciados, pues era evidente que las condiciones de seguridad social y cobertura médica no eran las mismas para todos. Por ende, las mujeres en la ciudad de México que necesitaban de cuidados médicos durante sus embarazos y partos es posible que hayan atravesado por algunas dificultades, especialmente si no eran empleadas formales en el sector público o privado. Muchas dependían de los hospitales de la SSA para recibir atención médica.

A pesar de esta desigualdad experimentada en la capital, el sistema de salud mexicano persistió en el intento de brindar cuidados médicos a la creciente población y se mostró muy tenaz en la idea de impulsar los nacimientos. Debido a la política pronatalista, al menos hasta los inicios de la década de los setenta, el embarazo y el cuidado a la salud de la mujer trabajadora se reforzaron como un asunto estatal significativo para la época, en especial por la importancia atribuida al hecho de convertirse en madre desde la óptica moral y religiosa.

De hecho, el discurso pronatalista quedó materializado en el ícono oficial del IMSS a través de la escultura del artista plástico Federico Cantú, titulada la “Madonna” o “Maternidad”. La obra representa la imagen de una madre sentada amamantando a su hijo, mientras es acompañada con un águila gigante que les ofrece custodia. La escultura tiene un velo que rodea su cuerpo desde la cabeza y su postura hace un guiño a la representación de una virgen en la cultura

⁹⁶*Ibid.*, pp.206-207.

judeocristiana. El águila simboliza al Estado, que se asumía como el guardián de la madre y la familia; su figura tenía como fin transmitir un ambiente de protección y amor. Esta escultura fue replicada en diversos formatos y materiales, se convirtió en el símbolo del IMSS y se colocó en sus hospitales, teatros y oficinas a nivel nacional.⁹⁷

Como resultado, las exigencias de la maternidad y la integración de más mujeres al trabajo significó contemplar la seguridad social que salvaguardara su salud y la de sus hijos. Entre las décadas de 1940 y 1970, en la capital se construyeron varios edificios públicos como clínicas de consulta externa, hospitales de especialidades, nosocomios médicos nacionales, guarderías, espacios de entretenimiento como teatros, deportivos y centros vacacionales;⁹⁸ e incluso unidades habitacionales como el Multifamiliar Miguel Alemán.⁹⁹ Dichas edificaciones se pensaron para el uso de trabajadores contemplados como derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Asimismo, como parte del apoyo a la maternidad, se procuró para algunas mujeres trabajadoras el cuidado de sus hijos en sitios de resguardo infantil. Entre 1900 y 1950, en México se crearon varios servicios de cuidado de los hijos de las mujeres que laboraban; fenómeno que en algunos sentidos impactó en las formas de concebir a la maternidad. Las obligaciones del ser madre y mujer trabajadora entraron en tensión y tuvieron que convivir. Esto evidenció una creciente inquietud social al respecto de que la mujer se alejara del rol de cuidado doméstico. Tania Cardoso señala al respecto, que el trabajo femenino generó reacciones en gran

⁹⁷ IMSS, “Audioguía sobre la escultura ‘Maternidad IMSS’”, 2022, <<https://www.gob.mx/imss/articulos/audioguia-sobre-la-escultura-maternidad-imss?state=published>> [Consulta: 24 de marzo de 2024.]

⁹⁸ También comenzaron a construirse hospitales de primer y tercer nivel de atención en otros estados de la república, como Nuevo León, Tlaxcala, Tamaulipas, Puebla y el Estado de México. Coello y Marengo, *80 años de historia*, 2023, pp. 134-137.

⁹⁹ Los multifamiliares fueron edificados bajo el enfoque de “vivienda social”, con el objetivo de distribuir a los habitantes debido a la explosión demográfica del país en el milagro mexicano, su diseño estuvo influenciado por la arquitectura de Europa central y de la URSS. En Latinoamérica, esta corriente arquitectónica surgió como una respuesta a la expansión demográfica de las urbes, la industrialización y la migración de zonas rurales a las ciudades. Véase Sarmiento, “Los multifamiliares en Ciudad”, 2024, pp.195-197.

parte por los valores designados desde el ámbito social y económico; ya que las mujeres, a diferencia de los hombres, han sido consideradas como seres que deben dedicarse a la reproducción y el cuidado de los hijos.¹⁰⁰ Como hemos señalado antes, las dinámicas sociales y económicas del país desencadenaron un aumento en el requerimiento de la fuerza de trabajo femenina, lo que llevó a cuestionar su rol doméstico tradicional.

El aumento de las mujeres en más espacios laborales, requirió de la creación de guarderías que cuidaran de sus hijos. Inclusive, tanto fue la necesidad de estos espacios en la primera mitad del siglo, que éstas aumentaron en el mundo Occidental y México no se quedó atrás en este proceso. Como ejemplo, desde la época revolucionaria se realizaron algunas modificaciones a las leyes del trabajo para garantizar a las mujeres más facilidades de compaginar el mundo del trabajo con el del hogar. Por ello, la incorporación de sitios de cuidado a la infancia fue resultado de un conjunto de: "políticas laborales que los regímenes políticos comenzaron a instituir desde la década de 1930 en conjunción con la acción de grupos organizados de mujeres que discutieron públicamente el asunto del cuidado infantil fuera del hogar".¹⁰¹

El sostenido aumento de la participación femenina el trabajo comenzó en 1930, y continuó hasta 1970. De frente al aumento de sus funciones laborales en ese gran periodo, las mujeres buscaron cómo cuidar de sus hijos mientras ellas no se encontraban en casa, por lo que recurrieron a distintos tipos de resguardo. El resguardo de sus infantes no fue igual para todas, pues algunas recurrieron a prácticas tradicionales de cuidado y otras tuvieron la oportunidad de dejar a sus hijos en guarderías. En las décadas de 1930 y 1940, la mayoría de las ciudadanas se apoyaron en las "prácticas de crianza tradicionales" y en el apoyo institucional Casa Amiga de la Obrera. Posteriormente, la aparición de guarderías y hogares infantiles entre 1950 y 1970 de la SSA, permitió que más mujeres trabajadoras pudieran dejar en resguardo a sus hijos mientras laboraban. No obstante, este beneficio no fue

¹⁰⁰ Cardoso, "Una manera moderna", 2016, p. 25.

¹⁰¹ Cardoso, "Una manera moderna", 2016, p.29.

universal, ya que algunas trabajadoras informales que no contaban con el apoyo del Estado para el resguardo infantil.

En ese contexto, las mujeres se enfrentaron a una realidad urbana compleja, en la que tuvieron que adecuarse para integrarse a las nuevas demandas laborales que exigía el capitalismo. Aunque el rol de las madres experimentó pocas modificaciones, y las exigencias hacia la maternidad se mantuvieron, el incremento de la participación femenina en la fuerza laboral y el surgimiento de oportunidades de estudio trajeron nuevas tensiones y negociaciones. Asimismo, el resultado de una política pronatalista y paternalista hacia las mujeres coincidió con un aumento poblacional sin precedentes en la capital, lo cual hizo improbable que los mandatos de que todas las mujeres se convirtieran en madres se modificaran significativamente.

Esos fenómenos, en conjunto, exigieron la creación de espacios de atención médica de la mujer durante el embarazo, parto y postparto, lo que obligó al Estado a transformar los sistemas de salud para brindar una atención obstétrica acorde con el aumento demográfico. Sin embargo, hacia la década de los setenta, el discurso pronatalista comenzó a frenarse, con la introducción de la planificación familiar y el uso de anticonceptivos promovidos por el mismo Estado como una opción de control de la natalidad. Esta medida ofreció una posible alternativa para las mujeres pudieran disfrutar de su sexualidad en sus cuerpos y tomar decisiones sobre su reproducción.

A pesar de este viraje en el discurso estatal, la expectativa de la maternidad como meta en la vida de las mujeres no desapareció, sino que se ajustó a las circunstancias de las nuevas necesidades demográficas y económicas del país. El control poblacional se convirtió en un asunto de relevancia estatal, debido al desgaste de la política de la “sustitución de importaciones” de las décadas anteriores, y a las dificultades que el aumento demográfico representaba para el mantenimiento del “consumo familiar”.¹⁰² El uso de anticonceptivos por el Estado no implicaba dejar de exigir a las mujeres que fueran madres, sino simplemente reducir el número de hijos.

¹⁰² Bayardo, “Entre el lujo”, 2018, p.38.

Finalmente, entre 1940 y 1970, las mujeres vivieron una época de muchos cambios económicos, sociales, políticos y culturales, que les exigieron una integración de mayores exigencias en el espacio público como trabajadoras y estudiantes. A pesar de la persistencia del mandato de maternidad y domesticidad, así como las adversidades de la capital y la desigualdad social; las mujeres continuaron en la búsqueda de sus derechos. Muchas de ellas tuvieron que enfrentar a las críticas y resistencias del Estado, la Iglesia y la medicina, que de distintas maneras limitaban su autonomía femenina. El periodo representó para las ciudadinas una mezcla de transformaciones, continuidades y permanencias en su vida cotidiana. Sin embargo, en este periodo sería importante preguntarnos ¿cómo es que pudieron influir los valores católicos hacia las mujeres gestantes durante este periodo?

1.4 Los valores católicos en peligro: el reforzamiento de la moral, la lucha por la procreación y el derecho a la vida

Durante la Guerra Fría, México adoptó una postura anticomunista. En las primeras décadas del conflicto geopolítico, el anticomunismo local se declaró por la defensa de las ideas de la democracia y la libertad, donde procuró mantener una relación cercana a los Estados Unidos. Entre 1940 y 1970, esta ideología encontró eco tanto en el Estado, como en ciertos miembros de la sociedad civil, como intelectuales, religiosos y empresarios. Estos grupos promovieron una visión nacionalista y conservadora, bajo la cual el gobierno y el sector privado debían colaborar entre sí para impulsar el desarrollo económico.¹⁰³ Esta visión no sólo permeó el ámbito político y económico, sino también en el sociocultural, pues tuvo un impacto significativo en la vida cotidiana de los ciudadanos.

En ese periodo, la Iglesia acompañó al Estado en esa postura política, pues ambos veían en el comunismo una amenaza directa a los valores tradicionales.¹⁰⁴

¹⁰³ Illiades, *Historia mínima*, 2022, pp. 128-129.

¹⁰⁴ Es importante recalcar que el Papa Pío XII asumió el conflicto de la Guerra Fría como un tema religioso, en el que incluso catalogó y criticó a la Unión Soviética como atea, debido a eso su discurso se definió como anticomunista. Asimismo, esta postura desde el Vaticano hacia el comunismo,

La institución religiosa y el Estado coincidieron en la difusión de narrativas que promovían la cohesión social; destacando la importancia de la institución familiar y del papel de las mujeres como guías de la estabilidad nacional.¹⁰⁵ Esto permitió a la Iglesia renovar su influencia y autoridad moral, debilitada tras la Revolución Mexicana. No obstante, también experimentó desafíos significativos de la definición de su identidad global y local. Esta atravesó por un periodo de actualización y reforma interna durante la celebración del Concilio Vaticano Segundo (1962-1965); una etapa se caracterizó por debates internos por la búsqueda de adaptación de la Iglesia en el mundo contemporáneo “y reconocer los valores de la modernidad”.¹⁰⁶

En este apartado se analiza cómo la Iglesia participó en la conformación de narrativas de género en el contexto del protonatalismo, la modernización estatal y el Concilio Vaticano II. Estos eventos definieron las experiencias del cuerpo de la mujer gestante como un asunto *moral* dentro de las discusiones sobre la importancia de la familia y el control de la vida. Observaremos cómo la ideología anticomunista, las demandas del Vaticano y la jerarquía católica nacional promovieron la defensa de los valores tradicionales, con roles de género conservadores que ofrecían una visión muy específica de la maternidad. Por lo tanto, conforme a esas exigencias, el cumplimiento de la familia tradicional contrastaba con la creciente necesidad de la fuerza laboral femenina anteriormente mencionada.

La gradual dinámica de pacificación y cooperación entre la Iglesia y el Estado ocurrió durante el conocido *modus vivendi*. Una etapa de acuerdos en la que ambas instituciones procuraron mantener relaciones cordiales y superar los conflictos de la Cristiada. Durante el milagro mexicano el Estado reconoció el arraigo a los valores religiosos y a la jerarquía católica en la población mexicana, pues apeló tradiciones y costumbres de los valores católicos socialmente aceptados. La muestra de religiosidad de los habitantes y el papel de la Iglesia fue imprescindible en el proyecto de unidad nacional y progreso social.¹⁰⁷

permitted that in Mexico the Church and the State resumed and resignified the agreement of the *modus vivendi*, situation that would give origin to the called “restoration of Catholicism” with which both institutions had various coincidences and actions in common. Loaeza, “La Guerra Fría”, 2013, pp.70-71.

¹⁰⁵ *Ibid.*, pp. 63-65.

¹⁰⁶ Morello, “El Concilio Vaticano II”, 2007, pp.85-86.

¹⁰⁷ Cuamea, “La Iglesia Católica”, 1996, p.142-151.



En ese contexto, el rol de la familia y de las mujeres fue esencial, ya que fueron mencionados con gran fuerza en el periodo de estudio. La Iglesia aprovechó ese momento de paz para centrarse en la mejora del tejido social. Desde el Vaticano la premisa era que la Iglesia influyera notablemente en la población, mantener cercanía esta, un mandato que el episcopado aceptó. La institución se benefició de ese periodo para emprender la fundación de más Diócesis, escuelas católicas y de templos en todo el país.¹⁰⁸ Este fenómeno político-religioso posibilitó la llamada “restauración católica”,¹⁰⁹ que permitió a la Iglesia para involucrarse en el proyecto de nación del milagro mexicano, sobre todo para superar las condiciones de desigualdad y dejara atrás el llamado "subdesarrollo".¹¹⁰ La Iglesia se centró en apoyar el crecimiento económico y fomentar una mejora social integral; debía acercarse a las comunidades, distintos y difundir la doctrina católica. Sin embargo, la restauración no estuvo exenta de conflictos, como el desacuerdo que la Iglesia expresó en 1960 por la distribución de los Libros de Texto Gratuitos por el Estado.¹¹¹

Dicha unión no solo afectó al ámbito político, sino que tuvo un profundo impacto en la vida de las mujeres mexicanas, especialmente en su papel dentro de la familia y la sociedad. La identidad femenina fue moldeada por estereotipos conservadores que aludían a la maternidad. Por ejemplo, frecuentemente se aludió a la imagen de la virgen, que reunía con atributos de castidad, abnegación y pasividad. Dichas virtudes promovían un ideal de feminidad que cumpliría con el mantenimiento de una moral cristiana.¹¹² Su uso como referente contribuyó a la definición de la moral para el comportamiento de los ciudadanos, fue fundamental

¹⁰⁸ *Ibid.*, p.142-151.

¹⁰⁹ Loaeza, “La Guerra Fría”, 2013, pp. 63-65.

¹¹⁰ El subdesarrollo es un concepto que tiene sus orígenes en el siglo XIX, pero que fue ampliamente utilizado por científicos sociales en la década de los sesenta del siglo XX. Este se define como un estadio económico presente en varios países donde la mano de obra presenta excedentes, en la que no hay una estructura “escasamente diversificada”, ni un “crecimiento acumulativo acelerado”. Por lo regular se presentó en países del “tercer mundo” en los que ocurrieron problemas de dependencia económica externa, desigualdad en todos los ámbitos e inseguridad. Actualmente este concepto se encuentra en desuso y se opta por denominar a las economías nacionales, según sea el caso, como países de altos, medios, y bajos ingresos. Véase Sunkel, *El subdesarrollo latinoamericano*, 1970, p.32-35.

¹¹¹ Cuamea, “La Iglesia Católica”, 1996, pp. 151-153.

¹¹² Loaeza, “La Guerra Fría”, 2013, pp. 63-65.



en esta colaboración estatal y eclesiástica, que buscaba mantener un orden social y sostener el aumento de la población.

La alianza Iglesia-Estado se fortaleció desde la presidencia de Lázaro Cárdenas y en los posteriores mandatos como el de Manuel Ávila Camacho, y siguientes presidencias priistas, que fue consolidada hacia la segunda mitad del siglo XX.¹¹³ El Estado esperaba que, tras la Segunda Guerra mundial, las madres mantuvieran un hogar tradicional, de costumbres, con la presencia amorosa, que su contribución material a la nación, fuera el nacimiento de varios hijos. Estas cualidades en la figura femenina se difundían ampliamente con el apoyo del cine y la prensa, en el que la madre abnegada sería un estereotipo a seguir para las mexicanas.¹¹⁴

Sin embargo, mientras se promovían estos ideales conservadores, comenzaron a surgir nuevas tensiones, derivados de los cambios en la sociales como producto de la modernidad. La élite política y eclesiástica observaron con preocupación las dinámicas sociales de las zonas urbanas. En cierto sentido les incomodaba la integración de las mujeres al espacio público como trabajadoras o estudiantes y el deseo de libertad de desenvolvimiento de los jóvenes. En respuesta, la postura anticomunista sirvió para reforzar el discurso nacionalista con tintes autoritarios impulsado por la Iglesia y el Estado frente a los cambios sociales.¹¹⁵

Entre 1940 y 1970, la Iglesia desempeñó un papel crucial en la educación moral de los mexicanos. Se reinstauró como una autoridad que dictaba las normas sociales de comportamiento social masculino y femenino. En esas décadas, las mujeres fueron una pieza fundamental como pilares de familia y madres de la sociedad. Su imagen se convirtió en un arma simbólica contra el comunismo y los cambios de la modernidad. Eran consideradas proveedoras de la vida, vistas como “madres, esposas, hijas o hermanas, pero no tenían una identidad individual”. Según la jerarquía católica, el rol de las mujeres en estas décadas estaba sujeto a

¹¹³ Meyer, *La Iglesia católica*, 2005, p.1.

¹¹⁴ Maza, "Hogar y maternidad", p.123.

¹¹⁵ Loaeza, "La Guerra Fría", 2013, pp. 63-67.

la definición de las figuras masculinas,¹¹⁶ y usualmente fue respaldado por las laicas católicas.

Bajo esos preceptos, se promovieron actitudes pasivas y tradicionales que enaltecían la vida familiar. La Iglesia y el Estado colaboraron estrechamente para evitar cualquier exigencia política que alterara el orden social, ya que les inquietaba la gestación de algún movimiento social. Grupos laicos como la Acción Católica Mexicana (ACM), de la cual 80% de sus integrantes eran mujeres, apoyaron en la labor moralizante por medio del trabajo de campo con los fieles. El respaldo de externos a la jerarquía eclesiástica fue esencial debido al acelerado aumento demográfico, porque la Iglesia no contaba con suficientes sacerdotes para abarcar los servicios religiosos a toda la población.¹¹⁷

Durante los años cincuenta y la primera mitad de los sesenta, la preservación de la moral cristiana fue una necesidad expresa en México. La Iglesia Católica se pronunció contra de los valores modernos, la educación laica y la circulación de ideas comunistas. Para contrarrestar sus posibles influencias, la Iglesia decidió apoyarse en su jerarquía, el laicado y en una parte de la derecha en el país. La Acción Católica Mexicana (ACM), fundada en 1929, jugó un papel esencial en la reafirmación de la moral cristiana,¹¹⁸ tuvo presencia en la mayoría del país, en la capital. De manera especial, las narrativas de género hacia hombres y mujeres, fueron mayormente difundidas por la Unión Femenina Católica Mexicana (UFCM) y la Juventud Católica Femenina Mexicana (JFCM), ambas ramas de la ACM, que contribuyeron en la cercanía con las fieles y sus familias en la difusión de los ideales de la Iglesia.

La ACM fue una pieza fundamental de la Iglesia católica en el siglo XX. Se consolidó como una organización laica que tuvo éxito en América Latina hasta la década de los setenta. Su labor en la región se enfocó en “restaurar la vida cultural católica”, advertir a los gobernantes y Estados liberales de los problemas sociales, y tratar de brindarles una guía o apoyo para solucionarlos, por lo que en ocasiones

¹¹⁶ *Ibid.*, pp. 64-71.

¹¹⁷ Loaeza, “La Guerra Fría”, 2013, pp. 64-71.

¹¹⁸ Ramírez, “El radar moral”, 2018, pp.268-269.

ocurrió un beneficio mutuo entre esas instituciones. ¹¹⁹ En México, la ACM fue una pieza fundamental en la definición del cuerpo de la mujer gestante, veremos en el capítulo IV, abordó las normas de moral sexual, los protocolos amorosos del matrimonio y la importancia de la reproducción.

Asimismo, otra organización clave que se sumó a esta labor fue la Comisión Nacional de Moralización del Ambiente (CNMA), un grupo que a su vez formaba parte de la ACM. Su objetivo era combatir la “crisis moral de la sociedad” y eliminar las amenazas que implicaba el mundo moderno y sus malas conductas, confiaba en la fuerza del catolicismo para resolver esos problemas. Paralelamente, en 1951, surgió la Campaña de Moralización del Ambiente, fundada por la Confederación Nacional de Congregaciones Marianas en la ciudad de México. Dicha iniciativa fue rápidamente apoyada por Monseñor Luis María Martínez y la Acción Católica. Tanto la comisión, como la campaña operaron de manera sincrónica desde la capital hacia el resto del país, con el propósito de moralizar y 'renovar el espíritu cristiano', y así reforzar el papel de la familia mexicana.¹²⁰

Estas iniciativas se encargaban de vigilar la influencia de lo que se consideraba ‘moderno’. Temían que los avances en la cultura material y tecnológica podrían llevar a la decadencia moral y afectar los valores de los creyentes. Además, los medios de comunicación de la época; los mensajes emitidos por la radio, la televisión, la prensa y el cine eran vistos contrarios a la moral católica. Lo que inquietaba particularmente a la Iglesia, era la degeneración de los jóvenes, que las mujeres siguieran la moda y el peligro que enfrentaban la familia y matrimonio.¹²¹

Para justificar su discurso moralizante, la Iglesia argumentaba que la patria la que estaba en peligro. Para hacer eficaz su narrativa, se esforzó por penetrar en la esfera pública y privada de los mexicanos; utilizó estrategias orales y escritas, como folletos, propaganda en murales, y publicaciones periódicas propias. Asimismo, como parte de este movimiento religioso, la Legión Mexicana de la Decencia (LMD) fue la encargada de informar sobre los materiales en los medios de comunicación resultaran aptos para el público católico. La legión advertía sobre

¹¹⁹ Morello, “El Concilio Vaticano II”, 2007, pp.83-84.

¹²⁰ Ramírez, “El radar moral”, 2018, pp. 271-274.

¹²¹ *Ibid.*, pp. 276-277.

contenidos televisivos, cinematográficos y obras de teatro, y generaba clasificaciones para que alertar al público sobre los tipos de contenido.¹²²

Las estrategias de la Iglesia, las organizaciones católicas y los laicos asociados se centraron en vigilar una conducta adecuada de la sociedad. Estas estrategias abarcaron diversas esferas de la vida cotidiana, como las diversiones, el tiempo libre, los teatros, cines, juegos, el consumo de las bebidas, e incluso la circulación de pornografía. Estas exigencias estaban atravesadas por un discurso de género, en el que las mujeres eran mencionadas constantemente, se les solicitaba que cuidaran de su imagen personal en público, que prestaran atención a largo de sus vestidos y de su comportamiento en general.¹²³ La política protonatalista del Estado, hasta al menos el año de 1972, coincidía en muchos puntos con la Iglesia, particularmente en el impulso de la madre abnegada, y la defensa de una familia tradicional.

En medio de ese contexto de vigilancia moral y control social, los años sesenta trajeron consigo un cambio significativo en el mundo católico. El Concilio Vaticano II (1962-1965), iniciado por el pontífice Juan XXIII (1881-1963) y finalizado bajo el pontificado de Pablo VI (1897-1978), buscaba acercar la Iglesia al mundo moderno. Con un enfoque renovado, la Iglesia trató de involucrarse en los problemas que aquejaban a la humanidad y ofrecer soluciones. Entre sus principales acciones, promovió el diálogo y la unidad entre los cristianos, se fomentaron vínculos con personas de otras religiones y defendió la libertad religiosa. También se reformó la liturgia, permitiendo así, el uso de idiomas distintas al latín para hacer las misas más accesibles a los fieles, e impulsó una mayor la participación de los laicos en la vida de la Iglesia.¹²⁴

Entre los temas de discusión del evento ecuménico, se abordaron tópicos relacionados con la familia, el matrimonio, el amor conyugal y la fecundidad como "problemas más urgentes". Por ejemplo, en la constitución pastoral *Gaudium et spes*, se subrayó la importancia del cuidado del cuerpo, se exigía honrarlo y procurar

¹²² *Ibid.*, pp. 279-284.

¹²³ Ramírez, "El radar moral", pp. 277-279.

¹²⁴ Morello, "El Concilio Vaticano II", 2007, pp.89-91.

la "dignidad humana del incesante cambio de opiniones que ... deprimen excesivamente o exaltan sin moderación alguna el cuerpo humano". Asimismo, se destacó la necesidad de proteger de la dignidad de la familia, porque estaba siendo afectada por prácticas como la "oscurecida por la poligamia, la epidemia del divorcio, el amor libre y otras deformaciones; es más, el amor matrimonial queda frecuentemente profanado por el egoísmo, el hedonismo y los usos ilícitos contra la generación". Aunque la Iglesia defendía los derechos humanos, lo hacía desde la perspectiva del Evangelio, advertía sobre la "falsa autonomía" que prevalecía en la época y era confundida con la libertad.¹²⁵

En la "Constitución *Gaudium et spes*", se refleja como la Iglesia aplicaba una forma de *biopolítica* al normar el cuerpo y la sexualidad de los fieles. El énfasis en honrar y preservar su dignidad, evidenciaba una forma de control donde la Iglesia buscaba influir en las prácticas y representaciones corporales desde la moral. La identificación de prácticas como la poligamia, el amor libre y el divorcio como amenazas a la dignidad familiar, demuestra un esfuerzo consciente por vigilar la sexualidad y la reproducción femenina, permitía únicamente aquellas acciones aprobadas por la Iglesia, dentro del matrimonio. Al establecer estándares ideales para las relaciones de pareja, la institución reforzaba un modelo específico para la familia y las relaciones conyugales.

Esta gestión de la vida a través del cuerpo fue central para la Iglesia; particularmente en lo que respecta a la regulación de la fecundidad y las prácticas de reproducción en la vida cotidiana de los fieles. Dicho control afectaba la experiencia de las mujeres, sobre todo en lo relacionado con el embarazo, el parto y el cuidado de los hijos; dado que el cuerpo femenino se convirtió en un recurso central para asegurar la continuidad moral y social que promovía la Iglesia. Estas narrativas formaron parte de los mecanismos de *biopolítica* que definían las prácticas y comportamientos corporales, orientados a la preservación de la humanidad dentro del marco de los valores católicos.¹²⁶ Esta visión regulada del cuerpo femenino se consolidó en documentos de la época, como la Encíclica

¹²⁵ Concilio Vaticano II, *Constitución Gaudium et spes*, 14,41,47.

¹²⁶ Foucault, *Historia de la sexualidad I*, p. 173.

Humanae Vitae en el año de 1968, donde se reafirmaron las reglas sobre la sexualidad y la procreación.

Asimismo, las demandas del “catolicismo más tradicional de la Iglesia en México” fueron apoyadas por la derecha mexicana. Ambas partes apelaban a la construcción de la patria basada en los valores y moral, con una visión nostálgica del pasado y apegada a las antiguas tradiciones. La Iglesia buscaba consolidar una presencia significativa “en la agenda pública, con legitimidad social y estatal”. En ese sentido, el Estado no mostró una oposición directa, ni contraria; es muy probable que coincidiera con los valores católicos, pues importaba más impulsar el proyecto nacionalista de la élite política. A pesar de los desacuerdos de la Iglesia contra el ejercicio de un Estado laico, no hubo enfrentamientos directos fuertes a nivel discursivo. Incluso, durante la regencia de Ernesto Peralta Uruchutu (1952-1966) en la ciudad de México, se aplicaron medidas de supervisión moral cercanas que coincidían con los preceptos católicos.¹²⁷

Un ejemplo claro de la gestión de Uruchutu fue la implementación de normas en la capital contra los sitios de entretenimiento nocturno y publicaciones periódicas. La censura contra la moral indebida por parte de Uruchutu fue visible en el cine, teatro, publicaciones periódicas y la televisión entre 1952 y 1966. Estas acciones provocaron descontento, ya que, si bien se cerraban sitios considerados inmorales, no se ofrecían soluciones para quienes trabajaban en ellos, como empleados de hoteles y casas de huéspedes.¹²⁸ En ese ambiente, las mujeres ciudadinas enfrentaron un control social permeado por los valores morales de las autoridades, el cual estaba impregnado de conservadurismo y de exigencias de género que las situaban en la domesticidad y maternidad, las cuales entraban en consonancia con las ideas católicas acerca del respeto a la familia y al matrimonio.

Por esas razones, la Iglesia y el Estado encontraron coincidencias de opinión, dejaron atrás sus desacuerdos de décadas pasadas que se remontaban a la Cristiada. Así que el poder eclesiástico y político actuaron en conjunto para distinguir entre lo correcto y lo inapropiado para la moral de los mexicanos.¹²⁹ Es notable que

¹²⁷ Ramírez, “El radar moral”, pp. 278-286.

¹²⁸ Medina, “El Club de medianoche”, 2010, pp.83-85.

¹²⁹ Pérez, “Censura y Control”, 2011, p.80.

ambas instituciones sostuvieron una moral compartida, en la cual coincidieron en la creación de elementos identitarios en torno a la idea del ser mexicano y católico. Los códigos de moral pretendían una sociedad cohesionada en torno a la decencia de hombres y mujeres. Aplaudían una conducta sumisa y disciplinada; aunque, con una mayor carga de responsabilidad y peso para las mujeres.

El llamado al control de la moral se mantuvo de manera constante en el lenguaje de la Iglesia católica no sólo en México. Hacia finales de la década de los sesenta, las transformaciones sociales, culturales y políticas en la vida de la juventud y de las mujeres, alertaban a gran parte de la élite católica en el mundo. Prueba de ello fue la publicación de la encíclica *Humanae Vitae* en 1968 por el Papa Pablo VI, en la cual expresaba sus desacuerdos sobre el control de la natalidad y el la “regulación artificial” que implicaba su ejecución. Esta encíclica surgió en el escenario de las discusiones globales sobre la problemática de la explosión demográfica y el papel que debían asumir los Estados nación en este proceso.¹³⁰

En tal documento, la Iglesia se manifestó en contra del uso de anticonceptivos y el aborto. Rechazaba las políticas públicas para el control de la natalidad porque consideraba que iba en contra del orden de la “procreación humana” y del verdadero sentido de la vida. Asimismo, la Iglesia consideraba que las medidas tomadas para la vigilancia del crecimiento poblacional, especialmente el uso de anticonceptivos, podían afectar a las relaciones maritales y promover las infidelidades, y dañar a la familia. Por ello para evitar el creciente aumento de la población, sólo autorizaba la abstinencia sexual por periodos y una paternidad responsable, y así impedir el uso de métodos artificiales no aprobados por la autoridad eclesiástica.¹³¹

La paternidad responsable fue entendida en el documento como una misión compartida entre marido y mujer. A los esposos se les solicitaba estar informados sobre sus funciones y su relación con las leyes de la biología, así como del “poder de dar la vida”. La paternidad responsable residía en el compromiso de los cónyuges con Dios, la sociedad y la familia. El compromiso de los cónyuges era el de la

¹³⁰ Gudiño, “Aborto, sexualidad”, p.86.

¹³¹ Gudiño, “Aborto, sexualidad”, p. 86.

transmisión de la vida, sin posibilidad de elegir “arbitrariamente” sobre los designios naturales de la creación de Dios, del matrimonio y de la Iglesia.¹³²

La encíclica *Humanae Vitae* utilizó un lenguaje con eufemismos para evitar hablar directamente sobre el sexo, priorizaba como meta la procreación, o, dicho de otra forma, los embarazos. A pesar de la conciencia del problema mundial de la población, la Iglesia lo que ofrecía como solución a este, era “espaciar los nacimientos” entre un hijo y otro, sobre todo si en la pareja existía un motivo real, como problemas físicos o psicológicos. No obstante, la encíclica se ignoraban los problemas económicos que podría implicar la crianza de un hijo, únicamente se refería a limitaciones físicas para tomar en cuenta un mediano control de nacimientos mediante pausas en las relaciones sexuales de las parejas, basadas en los “ritmos naturales” y el cuidado de la periodicidad del cuerpo de la mujer en los tiempos fértiles. Para sostener sus argumentos, el Papa apelaba a la naturaleza y a los designios de Dios, quienes dictaban la reproducción como algo natural e inevitable dentro del curso de la vida humana.¹³³

La Iglesia en este documento se presentaba como madre y maestra, con toda la autoridad política y religiosa para demandar un adecuado control de la natalidad en las normas de Dios. Se dirigió a varios representantes de la sociedad a los cuales les pidió respuestas en concreto frente al fenómeno demográfico, principalmente que estas respetaran a la familia, y que restringieran “prácticas contrarias a la ley natural y divina”. A los gobernantes se les exigía proteger el bien común y preservar la moral pública. A “los hombres de ciencia”, personal sanitario y médicos se les solicitaba el mantenimiento social de la familia y el matrimonio, así como el aseguramiento de la procreación.¹³⁴

Los esposos cristianos fueron convocados para cumplir con su amor a Dios, a contribuir con el “autor de la vida humana”. Se les exhortaba a acudir

¹³² Pablo VI, *Encíclica Humana Vitae*, 1968, p.5, <https://www.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html>[Consultado: 12 de marzo de 2023.]

¹³³ Pablo VI, *Encíclica Humana Vitae*, 1968, p.8, <https://www.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html>[Consultado: 12 de marzo de 2023.]

¹³⁴ *Ibid.*, pp. 11 y 13.



constantemente la Iglesia para presenciar la Eucaristía y en la oración. Particularmente, se exigía a los esposos que amaran a sus esposas como a su propio cuerpo y que las mujeres correspondieran con amor a su marido, requisitos que eran demandas de Cristo y de la propia Iglesia. Además, se les invitaba a que practicaran un *amor fecundo*, destinado a la creación de “nuevas vidas”. Sobre la reproducción afirmaban que: ‘El matrimonio y el amor conyugal están ordenados por su propia naturaleza a la procreación y educación de la prole. Los hijos son, sin duda, el don más excelente del matrimonio y contribuyen sobremanera al bien de los propios padres’.¹³⁵

A los sacerdotes y obispos se les encomendaba la tarea de ser ejemplos para la comunidad como “consejeros y directores espirituales de las personas y las familias”. A los párrocos se les pedía insistir sobre los preceptos del matrimonio y hablar de manera constante con los esposos para que sus palabras fueran un ejemplo de doctrina católica y guía moral. A los obispos, por su parte, se les demandó trabajar de cerca con los sacerdotes y los fieles para cuidar de la institución del matrimonio; se les invitó a llevar una labor pastoral en todos los ámbitos de la actividad humana para con ello asegurar una armonía de la sociedad y a su vez, permitir el cumplimiento de los mandatos de Dios.

La Encíclica *Humanae Vitae*, expuso la postura política del Vaticano sobre el uso de anticonceptivos y las políticas de control población. La encíclica se escribió en el contexto de la ‘revolución sexual’ del siglo, y por ello es considerada como una respuesta por parte de la Iglesia para defender los valores católicos y la defensa de la vida. Este comunicado representó el involucramiento de la institución religiosa en los temas relacionados con la bioética y el uso de argumentos de la propia medicina y el derecho para sostener sus posiciones por el derecho a la vida. La *Humana Vitae* fue el primer recurso teológico de la Iglesia para definir su visión con respecto a los temas de planificación familiar, aborto y derechos sexuales-reproductivos para el resto del siglo XX. Además, en la encíclica no se perdió la oportunidad de solicitar

¹³⁵ Pablo VI, *Encíclica Humana Vitae*, 1968, pp. 5 y 12, <https://www.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html> [Consultado: 12 de marzo de 2023.]

el apoyo de los laicos católicos para la “defensa de los derechos personales y jurídicos de los no nacidos”.¹³⁶

1.5 Conclusiones

A lo largo de este capítulo, nos hemos aproximado al contexto en el que el cuerpo fue empleado en los discursos del Estado, la medicina y la Iglesia, y fue representado en una visión que trascendía lo biológico. El cuerpo gestante fue visto como *productivo*, *moral* y *médico*, cuya función reproductiva fue vital para la estabilidad social y el crecimiento económico del país durante el milagro mexicano y los años posteriores.

Un eje central de estos discursos fue el mandato de la maternidad. A pesar de los avances en derechos laborales y la creciente participación femenina en el espacio público, la maternidad seguía siendo un rol ineludible. Las mujeres trabajadoras de la ciudad de México, no pudieron escapar de la doble jornada, pues tuvieron que compaginar su empleo con las responsabilidades del hogar y el cuidado de los hijos. Esta situación, fue una muestra de la permanencia de roles tradicionales, los cuales fueron apoyados y promovidos para sostener las relaciones de género conforme al *statu quo*, en donde las mujeres se encargaban del cuidado de lo doméstico y de la estabilidad familiar.

La modernización trajo consigo tensiones entre las nuevas realidades sociales y expectativas tradicionales. A finales de los años sesenta, mientras la segunda ola del feminismo luchaba contra el patriarcado, la violencia de género, y demandaba libertad en temas de anticoncepción y sexualidad; las instituciones del Estado mantuvieron narrativas conservadoras sobre el cuerpo femenino, y aún creían en el éxito del pronatalismo. Este choque discursivo reveló la tensión entre la modernidad y los valores tradicionales de género.

En ese sentido, el control de la sexualidad femenina fue otro tema clave en esos discursos. A través de mecanismos de *biopolítica*, la Iglesia, el Estado y la

¹³⁶ Gudiño, “Aborto, sexualidad”, pp.87-89.

Medicina normaron las conductas sexuales y reproductivas de las mujeres, especialmente de las jóvenes por ser más fecundas. Dicha regulación sobre el cuerpo gestante formó parte de una estrategia para tratar de asegurar la continuidad de un modelo de sociedad basado en la familia nuclear, con una perspectiva que sin duda limitaba la autonomía sobre sus cuerpos. Estas políticas afectaron en mayor medida a las mujeres de las ciudades, como la capital, donde se concentraba la atención del Estado en cuanto al crecimiento poblacional y la posterior planificación familiar.

Si bien el movimiento feminista de los sesenta y setenta logró visibilizar la necesidad de derechos reproductivos y una mayor autonomía sobre el cuerpo femenino, su impacto fue desigual. Las feministas mexicanas mantuvieron discusiones para exigir sobre "las formas de sometimiento patriarcal", para luchar contra la violencia hacia el género femenino, así como para eliminar el mandato social "maternalista", y demandar abiertamente "libertad en materia de anticoncepción y sexualidad". Dora Barrancos señala que algunos de los grupos que representaron estas solicitudes fueron "el Movimiento Nacional de Mujeres, el Movimiento Feminista Mexicano, Mujeres en Acción Solidaria, el Movimiento de Liberación de la Mujer, La Revuelta, el Colectivo de Mujeres, el Grupo Lesbos, la Coalición de Mujeres Feministas".¹³⁷ Mientras algunas mujeres de clase media y alta en las ciudades comenzaron a cuestionar las estructuras patriarcales, las mujeres de sectores populares, tanto urbanas como rurales, siguieron enfrentando limitaciones importantes al acceso de recursos que les permitiría autonomía.

Finalmente, aunque las demandas feministas lograron avances importantes, ello no significó que el mandato de género y la visión hegemónica de la maternidad se modificaran radicalmente. Los discursos de poder, mantuvieron los ideales de la maternidad como fecunda, y se asociaron con el desarrollo socioeconómico del país, se expresaron no solamente por medio de palabras, sino que influyeron muchas de las prácticas en las que se vieron involucradas la atención de la salud de las mujeres gestantes.

¹³⁷ Barrancos, *Historia mínima*, Kindle, 2020, s.p.





Instituto

Mora



Capítulo II. Vigilancia del cuerpo de la mujer gestante: estrategias ginecobstétricas por la salvaguarda de la maternidad (1940-1975)

Introducción

El objetivo de este capítulo es analizar los discursos emitidos desde la medicina acerca de los cuerpos de las mujeres gestantes de clase media y baja entre las décadas de 1940 a 1970. Se evidenciarán las narrativas expresadas por los galenos en revistas científicas de la época, especialmente aquellas que se concentraron en abordar los procesos de embarazo, parto y postparto. Esto permitirá adentrarme en las opiniones médicas sobre las problemáticas del aborto, la anticoncepción, y la planificación familiar, que fueron configurando un largo camino hacia la salud reproductiva femenina. El análisis de las narrativas de los ginecobstetras permitirá mostrar cómo la corporeidad de las mujeres estuvo determinada por una visión que privilegiaba la maternidad como eje central de la vida de las mujeres ciudadanas, mientras que al mismo tiempo estuvo moldeada por las concepciones de clase social y el género que operaban en sociedad.¹³⁸

La etapa de fértil de las pacientes fue considerada la que más atención requería, en especial porque durante ésta las mujeres eran capaces de embarazarse y generar futuras vidas. Si bien existió un genuino interés por estudiar la salud femenina desde la ginecobstetricia, también es cierto, que muchas de las maneras de entender al cuerpo se vieron perfiladas por creencias y prejuicios marcados por la moral católica. La medicina ginecológica, en particular, definió al cuerpo de la mujer gestante como *médico*, *moral* y *productivo*, como un espacio de poder que requería de intervención constante. Se fortaleció la medicalización de la

¹³⁸ La medicina occidental, a través de la ginecobstetricia, sin duda mejoró en muchas ocasiones el estado de salud de las mujeres. La dominancia y adherencia a las tendencias globales de tratamiento al cuerpo femenino han tratado de adaptarse a los contextos locales. Sin embargo, este proceso conceptual y práctico tendió a experimentar dificultades, especialmente cuando las élites médicas locales, como los galenos mexicanos de una gran parte de la segunda mitad del siglo XX, no siempre incorporaron factores como raza, clase social y situación socioeconómica de las pacientes en sus estudios. En este capítulo veremos que esto contribuyó a la creación de un sesgo en el que las propuestas de investigación y tratamiento, se guiaron por supuestos donde se asumían que las mujeres poseían una educación sobre su cuerpo y el compromiso por cuidar del mismo. Véase Sánchez-Bringas, "Reflexiones metodológicas", 2009, p.239.

mujer gestante por medio de esfuerzos para mejorar los procesos de gestación, parto y postparto, por medio de la legitimación de estudios clínicos y tecnologías para mantener al cuerpo saludable. Además de ser un objeto de estudio científico, el cuerpo femenino en este contexto se convirtió en un símbolo que reflejaba las normas y valores de la sociedad, donde los médicos jugaron un papel crucial a la hora reforzarlos. Los discursos médicos no solamente buscaron atender lo biológico, sino regular la moral y el comportamiento de las mujeres.¹³⁹

Por tanto, mi interés radica en entender la experiencia del embarazo, parto y postparto como etapas biológicas que los médicos consideraban imprescindibles de vigilancia y tratamiento científico. Los ginecobstetras asumieron la responsabilidad de preservar la vida de las mexicanas para respetar el anhelo patriarcal de la maternidad. Las estrategias que utilizaron se fundamentaron en el uso de tecnologías y adelantos farmacológicos, pero también en sus apreciaciones personales.

Como señalé en el capítulo anterior, diversos factores socioeconómicos impactaron en el crecimiento de la población; en especial la migración, la urbanización y un discurso pronatalista contribuyeron a ese aumento demográfico. Estos fenómenos operaron en conjunto y provocaron un mayor número de embarazos y nacimientos por atender en la urbe. Tal escenario coincidió con la consolidación del gremio ginecobstétrico, así como con la adecuación o edificación de hospitales con atenciones a la maternidad.

Parte de la labor de unificar el diálogo entre el gremio se llevó a cabo mediante publicaciones periódicas en la *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, la *Gaceta Médica de México*, y la *Revista de Medicina y Ciencias Afines*. A través de la escritura académica, estos espacios se aprovecharon para difundir los

¹³⁹ Como hemos mencionado en el capítulo I, esta situación en la que se involucra al cuerpo, corresponde a la expresión de biopoder que desarrolla Michel Foucault. A través del cual se refiere a las estrategias o mecanismos mediante los cuales las instituciones clave de la sociedad imponen un control sobre el cuerpo y las vidas de las personas, regulan la población y la sexualidad, con el objetivo de contribuir al desarrollo del sistema capitalista. En este contexto, la medicalización del cuerpo de la mujer gestante puede entenderse como una manifestación de biopoder, donde la vigilancia sobre la reproducción y salud femenina se convirtió en un medio para disciplinar y gestionar la vida en beneficio del orden social y económico de México. Foucault, *Historia de la sexualidad I*, pp. 168-170.

resultados de sus investigaciones y puntos de vista sobre los problemas sociales que afectaban, particularmente, a la población femenina. Se enfocaron en las dificultades relacionadas con el mantenimiento de la salud del cuerpo de las mujeres mexicanas e investigaron las patologías más frecuentes en los genitales femeninos y en el buen manejo del embarazo, parto y puerperio.

Para los ginecobstetras, los meses de la gestación, el parto y el periodo de recuperación después del alumbramiento eran considerados como episodios en los que se debía garantizar el correcto funcionamiento del cuerpo de toda mujer fértil, con el fin de asegurar nacimientos sanos. Estos episodios biológicos formaron parte de los “ritos” de la vida de toda mujer para consagrarse como madre; además, una visión que fue común en el mundo occidental fue priorizar el estudio y cuidado médico del cuerpo femenino para consolidar una feminidad basada en las cualidades de un rol maternal.

En el caso de México, el cuidado de los médicos al cuerpo femenino en la faceta de maternidad adquirió mayor fuerza, especialmente en el periodo posrevolucionario. El binomio madre-hijo fue custodiado por las élites médicas y políticas, con un énfasis particular en el desarrollo del infante. Sin embargo, después de la década de los cuarenta, la salud de la mujer gestante como sujeto digno de asistencia médica comenzó a integrarse con mayor fuerza en los estudios de la creciente rama de la ginecobstetricia. Este capítulo explorará los matices que tuvo la salud femenina, al reflejar la evolución de una política que inicialmente se centró en el fomento a la maternidad mediante la vigilancia del embarazo y el cuidado del parto, pero que posteriormente viró paulatinamente hacia la investigación de técnicas anticonceptivas y de planificación familiar.

2.1 Los ritos de consagración y control de la maternidad en Occidente

En el mundo occidental, el nacimiento es solo uno de los hitos complejos que una mujer gestante tiende experimentar, no sólo por el desgaste físico del embarazo y parto, sino también por las implicaciones sociales y económicas que éste supone para la vida de la mujer que da a luz. Tanto al embarazo como al alumbramiento se

les atribuyen significados socioculturales. Entre estos, destaca la obligación de cumplir con el rol de madre según los mandatos de género establecidos, una expectativa que es impuesta tanto por el entorno más cercano de la madre como por la sociedad en general. Ambos momentos no solo son de interés para los médicos, sino también para toda la sociedad, y por ello, se conciben como verdaderos ritos. Si bien el nacimiento es un rito de paso crucial, el embarazo constituye el primer paso hacia la maternidad, marca el inicio del proceso de transformación de la mujer en madre.

Pierre Bourdieu definió a los ritos como prácticas cuya función específica es la de sostener el orden social. Consagran y legitiman lo establecido; muestran lo “legítimo” y “natural” y excluyen lo que no es contemplado como lícito en ese orden. Estos ritos marcan “un antes y un después” en la vida de las personas y establecen diferencias fundamentales en los miembros de la sociedad. De este modo, los ritos adquieren un significado de “consagración”, “legitimación” e “institución” que son esenciales para definir los procesos sociales en momentos clave.¹⁴⁰

Asimismo, los ritos instauran las diferencias entre hombres y mujeres, porque establecen una institución y consagración de los contrastes que los definen. Los ritos decretan las “propiedades de carácter social” y de “natural”. Se vuelven una “distinción legítima” para “sancionar y santificar un estado de las cosas, un orden establecido, como hace [...] una constitución en el sentido jurídico-político del término”. En el caso de las mujeres, el alumbramiento es parte de uno de los ritos que se convierte en un indicador para la consagración del curso de sus vidas; aquello que determina el “mundo femenino” y lo relacionado con el papel de la madre.¹⁴¹

En ese sentido, considero que dentro del concepto de rito que plantea Pierre Bourdieu, no solo el nacimiento es un acto que transforma a toda mujer en madre, sino todo el proceso de gestación y parto debe entenderse como parte integral del rito. Esos momentos se cargan de significados por el valor que se le atribuye a la mujer en el camino hacia el ejercicio de la maternidad. Por tanto, estos tres

¹⁴⁰ Bourdieu, “Los ritos como actos”, 1993, pp.113-114.

¹⁴¹ *Ibid.*, pp.114-115.

episodios biológicos -la gestación, el parto y el postparto-, proporcionan las características apropiadas y legítimas que consagran los rasgos distintivos que instituyen a una buena madre y, al mismo tiempo, sancionan a quienes salen de las normas de tales ritos.

A lo largo de este capítulo, se mostrará cómo los médicos, desde el campo científico, definieron a la mujer gestante en el proceso de convertirse en madre a través de un discurso de género que compartía los valores y la cultura de la sociedad de esas décadas. La creación de la especialidad ginecobstétrica y el implemento de innovaciones tecnológicas y científicas determinaron las concepciones de la mujer como madre desde la evaluación de sus características fisiológicas, dolencias, patologías y limitaciones de su propio cuerpo.

2.2 De la creación de la especialidad a la consolidación del gremio en la ginecobstetricia

En este apartado se explorarán los aspectos más significativos en torno a la profesionalización de la ginecobstetricia como especialidad médica, así como los pasos hacia la constitución del gremio. Es necesario distinguir entre ambos fenómenos, puesto que su desarrollo no ocurrió al mismo ritmo en México. Por ende, los objetivos de esta sección se centran en realizar un breve recorrido por la profesionalización de la ginecobstetricia desde mediados del siglo XIX al XX. Se analizará la conformación del gremio, como el resultado de la profesionalización de la especialidad y de la interacción institucional generada en ciertos espacios de atención médica estatal.

La finalidad de esta recapitulación entre dos siglos es indispensable para comprender el nacimiento de las dinámicas discursivas a la que estuvieron sujetos los cuerpos de las mujeres gestantes. Las narrativas hacia su corporeidad fueron definidas en torno al peso de la medicina y su legitimidad científica; y al mismo tiempo, estuvieron permeadas por las concepciones de género, raza y clase otorgadas por los médicos. En consecuencia, acercarse a la profesionalización y la organización gremial permite apreciar un panorama del tratamiento a la salud de las

mujeres embarazadas y las complejidades a las que tuvieron que enfrentarse en un mundo lleno de tecnicismos y órdenes para el cuidado de sus embarazos.

La ginecología y obstetricia en México pasó por un largo camino para consolidarse como especialidad médica, el cual comenzó en el siglo XIX y se extendió hasta la segunda mitad del XX. El desarrollo de la especialidad ocurrió entre 1840 y 1940 y, en su acontecer, experimentó innegables puntos de coincidencia con la creación de nosocomios para las mujeres embarazadas y sus hijos. Por otra parte, el gremio de los ginecobstetras se organizó oficialmente como grupo hasta inicios de la década de 1940, antes de eso los médicos parteros operaban de manera más desorganizada en cuanto a la unificación de espacios académicos para discutir los temas de importancia en la especialidad. Es importante subrayar que la consolidación del gremio, no ocurrió en paralelo a la creación de infraestructura hospitalaria para la atención de la salud de las madres.

En sus inicios, durante el siglo XIX, la ginecobstetricia se ejerció los principales hospitales públicos de la ciudad de México. La atención del cuerpo de la mujer pasó al nosocomio, y comenzó a guiarse por los conceptos anatómicos, los postulados higienistas e innovaciones quirúrgicas de la centuria. La medicalización del parto por la ginecobstetricia se expresó a través de varios elementos reflejados en tratar a las mujeres embarazadas como enfermas y vigilar la gestación, alumbramiento y puerperio en las contadas maternidades.¹⁴²

El contexto decimonónico, el medicalizar el cuerpo femenino no fue un proceso tan sencillo para los galenos por varias razones. En primer lugar, porque tuvieron que enfrentarse con la figura de la partera para colocarse como los más aptos para atender los alumbramientos, aspecto en el que triunfaron parcialmente, pues las parteras resistieron frente a las imposiciones médicas y continuaron asistiendo mujeres. En segundo lugar, tuvieron que sostener su propia legitimación como médicos frente a otros campos de conocimiento en la ciencia. Y, en tercer lugar, la obstetricia no era una rama tan primordial dentro de la misma enseñanza de la medicina, por lo que hubo insistencia por parte de los primeros ginecobstetras en dignificar el estudio del cuerpo de la mujer. Dejaron de a poco los prejuicios o

¹⁴² Alanís, "De la casa al hospital", 2007, p.2.

ignorancia al tratarlo como un objeto de estudio común dentro de las facultades de medicina.¹⁴³

Las mujeres que pasaban por un embarazo comenzaron a ser tratadas en los hospitales como ‘enfermas de parto’,¹⁴⁴ puesto que los ginecobstetras comprendieron al nacimiento como un evento en el que la mujer que daba a luz era por la ayuda del médico, no por el esfuerzo de la mujer durante el parto. Así, los nosocomios se convirtieron en lugares donde las primeras prácticas de los estudiantes de medicina interesados en esta área sirvieron como los centros de estudio y atención se concentraron en la ciudad de México. Como resultado, el establecimiento de hospitales colaboró con el desarrollo de la ginecobstetricia como especialidad, más no como organización gremial en ese siglo.¹⁴⁵

Por lo tanto, el interés por el cuidado de la mujer gestante se manifestó en el siglo XIX por parte de los médicos y el Estado a través de la Beneficencia pública. A partir de 1860, los primeros nosocomios para la atención femenina fueron edificios adaptados de la época colonial. El más importante fue el Hospital de Maternidad e Infancia, en el cual ocurrieron las primeras exploraciones físicas de las pacientes de clases bajas y fue utilizado como sala de autopsia.¹⁴⁶ No obstante, a finales del siglo, debido a las malas condiciones de los inmuebles, a la falta de higiene y las constantes epidemias de fiebre puerperal, las autoridades se vieron obligadas a construir un recinto *ex profeso* con mejores características para el cuidado de las pacientes, nosocomio que sería el Hospital General.¹⁴⁷

La ginecobstetricia no tuvo un desarrollo uniforme, ni apresurado en la medicina, pero contó con ciertos episodios que la formalizaron gradualmente en el ámbito científico. Los primeros especialistas aparecieron a partir de la década de 1840, médicos como Pablo Martínez del Río, Nicolás San Juan y José María Rodríguez fueron los pioneros del área. Fueron los primeros en impulsar en México la práctica de la cesárea, la histerectomía, legrados, entre otros procedimientos.

¹⁴³ Staples, “El cuerpo femenino”, 2008, pp. 192-223

¹⁴⁴ Alanís, “De la casa al hospital”, 2007, p.2.

¹⁴⁵ Carrillo, “Mujeres”, citado en Alanís, “De la casa al hospital”, 2007, p.2.

¹⁴⁶ Alanís, “El hospital de maternidad e infancia”, 1861-1905”, 2007, p.80

¹⁴⁷ Alanís, “De la casa al hospital”, 2007, p. 22.

Inclusive, varios de estos médicos se formaron de manera particular mediante la asistencia a cursos en el extranjero.¹⁴⁸

No fue sino hasta la década de 1880, cuando se comenzó a desarrollar una didáctica más organizada para enseñar la especialidad, la cual fue encabezada por Nicolás San Juan por medio de la impartición de cursos de ginecología. Ya para inicios del siglo XX, el Hospital General se estableció como centro de reunión de estos especialistas. Posteriormente, se le sumaron el Hospital Morelos, y algunos años después, el Hospital Español y la Maternidad N°1 del IMSS. Sin embargo, la organización formal de un internado para la especialidad se dio hasta la década de los cuarenta.¹⁴⁹

La especialidad en la primera mitad del siglo XX se guió por el discurso posrevolucionario que buscaba la protección del niño. Para los médicos y el Estado, los infantes se convirtieron en el proyecto del futuro ciudadano porque si crecían niños sanos, mejoraría la salud de la población en los años venideros. Por parte de los médicos hubo interés en contribuir a la reducción por la mortalidad infantil, así que colaboraron con las políticas públicas el Estado para poder reducirla. Las instituciones para el cuidado de la infancia desde la medicina, fueron la creación de los Centros de Higiene Infantil en 1922, de la Asociación de Protección a la Infancia en 1926, y en 1943 el Hospital Infantil de México.¹⁵⁰

En los Centros de Higiene Infantil, la estrategia por la salvaguarda de la infancia consistía en cuidar de las madres durante la gestación, y los días posteriores del parto, manteniendo un seguimiento de la salud de los niños recién nacidos. Otra de las estrategias fue la idea de civilizar o instruir a las madres por medio de conocimientos científicos, ya que los médicos decían que podían ser aliadas para ellos. Para los galenos, luchar contra la mortalidad infantil implicaba la aplicación de varias medidas, entre ellas: disminuir la pobreza y acabar con la ignorancia de las mexicanas por medio de la instrucción, ya que eso las conduciría a ser “buenas madres”. El hecho de que las madres estuvieran educadas en higiene

¹⁴⁸ UNAM, *Plan único de especializaciones*, 2009, p.3.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p.3.

¹⁵⁰ Alanís, “En el niño está el porvenir”, pp. 7-10.



y puericultura ayudaría a reducir la mortalidad infantil y serían una “auxiliar del médico”.¹⁵¹

Después de 1920, las narrativas de los médicos especialistas y el Estado se enfocaron en el cuidado de los infantes desde su concepción. El vientre de las mujeres se entendió como el vehículo para asegurar el bienestar de los futuros ciudadanos, y en ellas recayó el compromiso del cuidado de la salud de su cuerpo para traer al mundo a sus hijos. Supuestamente a partir de la creación de instituciones para el cuidado materno infantil hubo una atención más específica y dedicada a las madres durante la gestación, el alumbramiento y el parto; así como en la asistencia a la niñez desde el nacimiento a sus primeros años.¹⁵² Sin embargo, hubo resistencias por parte de la población femenina hacia los requerimientos de cuidado médico impuestos por las autoridades de salud; además de limitaciones en la cobertura de atención, tanto en la capital, como en el resto del país.¹⁵³ Es relevante destacar que el interés por la salud materna sucedió se intensificó entre 1940 a 1970, coincidió con el afianzamiento de la ginecobstetricia como especialidad, con la formación de un gremio en esa área y con la habilitación de hospitales para la maternidad por parte de la SSA, el IMSS y el ISSTE.

Hasta este punto, podemos notar que la profesionalización de la especialidad se extendió un siglo, entre 1840 y 1944. Este proceso se vio retrasado por el desarrollo desigual de una infraestructura especializada para que los ginecobstetras pudieran ejercer su profesión, lo que probablemente afectó la organización de un plan formal de residencias y la creación de un gremio unificado. No fue sino hasta 1942, cuando surgió la idea de instituir un “...internado de posgrado en el Hospital General con miras a un programa de residencias, marcó un cambio radical en la

¹⁵¹ Alanís, “En el niño está el porvenir”, 2017, pp. 130 y 171.

¹⁵² Sobre esta afirmación presente en la disertación de Mercedes Alanís, difiero al respecto, puesto que desde su punto de vista el interés primordial de la primera mitad de siglo fue el cuidado del infante en sus primeros años de vida. Sin embargo, considero que el cuerpo de las mujeres, para el Estado y los médicos, fue solamente un medio para concretar la disminución de la mortalidad infantil e impulsar el proyecto de aumento poblacional que producía a los “futuros ciudadanos”. Además, el campo de la ginecología y obstetricia no se representó con mucha fuerza y unión como especialidad, más bien, considero que fue la pediatría mexicana la que obtuvo mayor solidez y proyección como especialidad médica. Fue hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando de manera paulatina se logró dedicar una infraestructura más amplia para la atención ginecológica y obstétrica a la mujer por medio del robustecimiento del sistema de salud mexicano.

¹⁵³ Alanís, “En el niño está el porvenir”, 2017, p. 229.

formación de los futuros ginecólogos y obstetras, reuniéndose las dos especialidades ... a finales de 1944, de manera que cuando, al año siguiente se fundó la sociedad correspondiente, ya llevó el nombre de Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia”.¹⁵⁴

La década de los cuarenta fue clave para la especialidad, pues además de formalizarse la residencia, se fundó la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (AMGO). La creación de este grupo fue un hito, pues por primera vez los ginecobstetras se reunieron para establecer una comunicación académica más cercana y expresaron su interés para formar un gremio. En ese sentido, la estructuración del conjunto de médicos sirvió para constituir y homogeneizar la atención al cuerpo de la mujer gestante en la segunda mitad de siglo.¹⁵⁵

La AMGO fue creada oficialmente el 17 de febrero de 1945. El primer presidente al frente de ella fue el doctor Isidro Espinosa y de los Reyes y el secretario era el médico Carlos D. Guerrero, ambos representantes eran notables de la especialidad en México.¹⁵⁶ En sus inicios, la asociación estuvo compuesta por 59 miembros que trabajaban en los nosocomios más relevantes de la capital, como el “Hospital General, el Hospital Juárez, el Hospital de Jesús, el Hospital Francés, el Hospital Concepción Beistegui, el Hospital Militar, el IMSS, el Hospital Español, el Hospital Morelos, el Hospital San Hipólito y algunas clínicas privadas”.¹⁵⁷

El propósito de la agrupación era establecer diálogos entre los médicos dedicados a la ginecología y obstetricia en el país, además de consolidar un gremio nacional para fortalecer la especialidad en el campo de la medicina. Se buscaba planear colaboraciones entre colegas de asociaciones de distintas partes de la república y del mundo.¹⁵⁸ Los objetivos de los fundadores eran ambiciosos: convertir la AMGO en un espacio de intercambio entre los distintos niveles de experiencia

¹⁵⁴ UNAM, *Plan único de especializaciones*, 2009, p.3.

¹⁵⁵ La idea sobre la institución de la AMGO ocurrió durante la Sesión de Negocios de la “Sección de Ginecología y Obstetricia, en la VII Asamblea de Cirujanos del Hospital Juárez” en noviembre de 1944. Los doctores que comenzaron la iniciativa fueron Carlos D. Guerrero y Alcibiades Marván. Véase en Urrutia, “Datos cronológicos”, 1950, p.3.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p.3.

¹⁵⁷ Fajardo, “Historia de la FEMECOG”, 2016, p.10.

¹⁵⁸ “Editorial: El primer congreso mexicano de Ginecología y Obstetricia”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 1948, p.3.

profesional entre médicos,¹⁵⁹ priorizaron compartir los resultados de sus investigaciones y perfeccionar el ejercicio de la enseñanza de la rama.¹⁶⁰

Como parte del reforzamiento del área de docencia, en el año de 1949 se implementaron los primeros "Cursos para graduados" sobre ginecología y obstetricia, los cuales estaban dirigidos a médicos generales que querían adentrarse en la especialidad. Tales cursos fueron diseñados por los doctores más prestigiosos de ese momento, entre ellos estaba Conrado Zuckerman, Carlos D. Guerrero y Alfonso Álvarez Bravo y eran impartidos en la Escuela de graduados en conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México. En 1950 se hablaba del contenido de calidad que tenían estos cursos, por lo que, para mayor cobertura de información, las clases estaban divididas entre el contenido de ginecología y obstetricia. En ginecología los alumnos veían temas relacionados con la fisiología y patologías del aparato reproductor femenino.¹⁶¹

En la parte de obstetricia, los tópicos abordados incluían: enfermedades que dificultaban el proceso de embarazo, puerperio normal y "patológico", "cuidados del recién nacido normal y prematuro", partos y neuropsiquiatría. Las dinámicas del curso consistieron en mesas redondas, sesiones en laboratorios, sesiones clínicas y quirúrgicas con pacientes. Los hospitales en los que comúnmente se llevaron a cabo prácticas con mujeres gestantes fue en el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho, el Hospital General Juárez y el Hospital Morelos. Las clínicas de enseñanza con los recién nacidos y bebés prematuros eran en el Hospital Infantil y en el Hospital General.¹⁶²

Estos programas de estudio tenían como objetivo unificar los conocimientos de los aspirantes a la ginecobstetricia bajo una misma praxis, y así crear futuras generaciones de médicos capaces de relevar a los anteriores. Sin embargo, un problema fue que estas clínicas solo se impartían en la ciudad de México; aunque se esperaba que jóvenes de todo el país asistieran y luego crearan sociedades

¹⁵⁹ Fajardo, "Historia de la FEMECOG", 2016, pp.10-11.

¹⁶⁰ Urrutia, "Datos cronológicos", 1950, p.3.

¹⁶¹ S.a., "Variedades y noticias", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 5, núm.1,1950, p.63.

¹⁶² S.a., "Variedades y noticias", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 5, núm.1,1950, pp.63-64.

locales en sus estados.¹⁶³ Además de la docencia, el gremio se dedicó durante la segunda mitad del siglo XX a organizar congresos y reuniones para exponer los resultados de investigación, así como para colaborar académicamente con ginecobstetras de América Latina y Estados Unidos.

Como un ejemplo de los intercambios de ideas y de prácticas médicas, el gremio procuró mantener una relación estrecha con varios colegas estadounidenses para discutir de temas de vanguardia en la obstetricia entre 1940 y 1950. En particular, algunos médicos generales mexicanos asistieron a cursos para graduados en ginecología y obstetricia a la Universidad de Tulane, en Nueva Orleans, y también los médicos de esa institución visitaban México para participar en conferencias. Varios de los cursos impartidos en esa universidad fueron traducidos para su consulta en la *Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia*, impulsada por la AMGO.¹⁶⁴

Además de la creación de la AMGO en 1945, la Asociación Mexicana para el Estudio de la Esterilidad y la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia fueron fundadas entre 1949 y 1960, respectivamente. Estas instituciones fungieron como un punto de reunión académica para dialogar sobre problemas teóricos y prácticos de la ginecobstetricia. Médicos como Alfonso Álvarez Bravo, Isidro Espinosa y de los Reyes, Luis Manuel López Santibáñez, Enrique Gutiérrez Murillo, Rosendo Amador, Conrado Zuckerman, Bernardo J. Gastelum, Mateos Fournier y Samuel Karchmer fueron galenos muy destacados, pues guiaron las líneas de investigación, abrieron espacios de diálogo académico e influyeron en las orientaciones morales del médico ginecobstetra con respecto a los cuerpos de sus pacientes durante la gestación, parto y postparto. Algunos de ellos se convirtieron en miembros vitalicios de la Asociación Mexicana de Ginecobstetricia,¹⁶⁵ e incluso se integraron a instituciones internacionales como la *International Fertility Association* para colaborar con los estudios sobre la

¹⁶³ "Editorial, El 5° Aniversario de la Asociación", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 5, núm.1, 1950, pp.12.

¹⁶⁴ Carlos Guerrero, "Historia del Curso de Ginecología y obstetricia para Graduados", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 4, núm. 2 y 5. 1949, pp. 71-73.

¹⁶⁵ Urrutia, "Datos cronológicos", 1950, pp. 3-6.



esterilidad.¹⁶⁶ Las discusiones en estas asociaciones se enfocaron en asegurar la culminación de los embarazos, prevenir abortos, en un contexto conservador que dominaba en esas décadas.

El extenso camino de profesionalización de la ginecología, fue gradual, y entre 1840 a 1940, se centró en adquirir conocimiento sobre el cuerpo femenino, desde una visión masculina, bajo una perspectiva nacionalista que buscaba la procreación de los ciudadanos. Durante las décadas de 1920 y 1930, las acciones de la medicina estatal se enfocaron más en el cuidado pediátrico, que en la ginecología, sumado a la falta de separación de atención entre las distintas especialidades en el área de la salud. En este periodo, hubo un sesgo de género y de clase, visible en la culpabilización de mujeres por no tener conocimientos científicos suficientes para cuidar sus embarazos.

Como resultado, en la segunda mitad de siglo, el cuidado del cuerpo de la mujer y el desarrollo de investigaciones médicas se enfocaron en entender las patologías y las condiciones sociales que les provocaban falta de bienestar. La ginecología tuvo un genuino interés por entender el cuerpo femenino, los médicos buscaron realizar un mayor número de investigaciones y procuraron apoyarse de los avances tecnológicos, así como en la reciente infraestructura de hospitales desde la SSA, el IMSS y el ISSSTE.

La creación de la AMGO facilitó la organización de un gremio interesado en promover la investigación, la docencia y el perfeccionamiento de la especialidad en todo el país. Gracias a esta unificación, los médicos pudieron definir objetivos y establecer líneas discursivas para el tratamiento del cuerpo de la mujer. La colaboración entre especialistas, surgida a partir de la fundación del gremio, coincidió con el robustecimiento del sistema de salud durante el milagro mexicano, por lo que permitió un intercambio más enriquecedor que antes de la década de 1940.

¹⁶⁶ Vázquez, “Nota biográfica del doctor Luis Manuel López Santibáñez”, <<http://www.facmed.unam.mx/gaceta/gaceta/ene252k3/nota.htm>> [Consulta: 23 de marzo de 2023.]

Por ende, es importante señalar que el desarrollo de la especialidad dentro de las instituciones estatales en la segunda mitad del siglo XX, no fue completamente organizada, ni estuvo libre de fallas en su ejecución. A pesar de los esfuerzos por ampliar la cobertura a la salud femenina, los centros de atención se concentraron en las capitales de los estados, especialmente en el Distrito Federal, y benefició a las mujeres ciudadinas. El cuerpo de la mujer gestante siguió siendo percibido y tratado como enfermo, pero también como un cuerpo *productivo, moral y médico*, lo cual justificó la necesidad de su atención especializada.

Esta organización gremial impulsó una visión en donde el cuerpo de la mujer era productivo porque se esperaba que contribuyera al pronatalismo a través de la reproducción. Moral, porque reforzaba las normas conservadoras sobre la maternidad y el comportamiento femenino; y médico, porque concentró el poder de los galenos y la tecnología en la regulación de los procesos reproductivos.

Adicionalmente, esta institucionalización fue una manera de brindar mayores cuidados a las mujeres, pero también un momento en donde los médicos pudieron afianzar su legitimidad frente a la mujer embarazada y su producto. Entender la conformación de la especialidad nos permite observar cómo se conformaron las narrativas desde los espacios hospitalarios, donde el cuerpo de la mujer gestante fue moldeado por la autoridad médica. Esta adquirió el poder de opinar y sugerir cambios que iban más allá del cuidado de la salud, pues se enfocaban también en proponer modificaciones en la conducta de las mujeres para procurar una maternidad abnegada, responsable y colaborativa con el médico ginecobstetra.

2.3 Directrices y exigencias médicas para la vigilancia del embarazo: nutrición, monitoreo y prevención de enfermedades (1940-1975)

La intervención médica durante la gestación se tradujo en exigencias concretas para las mujeres gestante. En este apartado, mi objetivo es analizar los discursos emitidos sobre el embarazo. Al explorar estas narrativas, identificaré los métodos que fueron discutidos para salvaguardar la vida de las madres y planificar un parto

sano en la medida de lo posible. Para el gremio médico, ambos procesos biológicos eran fundamentales para lograr la reproducción y, completar el rito de la maternidad. A través de este análisis, se evidenciará cómo los médicos depositaron amplias expectativas en sus pacientes, esperando que asumieran conductas informadas y alineadas con los requerimientos básicos. No obstante, este enfoque presentaba desafíos para muchas pacientes, ya que muchas de ellas carecían de los conocimientos, recursos, acceso a sitios de atención médica o el tiempo suficiente para seguir los consejos o disposiciones para la vigilancia de su embarazo.

Como señalé anteriormente, a partir de 1940 se observó un creciente interés por el estudio científico del cuerpo femenino desde la ginecología y la obstetricia. La intensificación de la vigilancia sobre la etapa reproductiva de las mujeres se explica en gran medida por la influencia de las ideas posrevolucionarias del Estado, que promovían el aumento poblacional, premisas que la medicina aprobó y adaptó a su ámbito profesional. A este discurso estatal y médico sobre la salvaguarda de la maternidad, se sumaron los avances en los métodos de atención y tecnología científica, elementos que se expresaron en la asistencia de la salud materna a través de la infraestructura hospitalaria y una mayor cobertura de la población en la ciudad de México.

Asimismo, como hemos señalado la inquietud médica por el cuerpo gestante no solo se limitó al ámbito científico, sino también tuvo un componente moral, por lo que en el periodo de estudio se puede observar una combinación de ambas perspectivas. La vida cotidiana de las mujeres fue supervisada, se evaluaron sus conductas y aquellos hábitos que salieran de las normas sociales o atentaran contra los mandatos de género y la institución familiar. Se buscó que las pacientes cumplieran lo mejor posible el rol de la buena madre, que estuviera pendiente de su familia, esposo e hijos.

De este modo, la supervisión del embarazo y el parto no se limitó a los chequeos periódicos en las consultas, o a momentos de tensión en las salas de parto; los médicos traspasaron discursivamente las fronteras de la privacidad de las mujeres, sugirieron modificar conductas y malas costumbres consideradas inadecuadas para llevar a cabo un embarazo y parto exitosos. El conocimiento del

cuerpo de la mujer trascendió la salud física para abordar elementos de la cotidianidad que ponían en juego la consolidación de la maternidad, por tanto, la ginecobstetricia buscó ofrecer alternativas que preservaran el *statu quo*.

Las mujeres embarazadas que fueron objeto de estudio eran pacientes que acudían a los consultorios de los hospitales públicos de la SSA, las clínicas de Maternidad del IMSS y el ISSTE, e incluso las que se atendían en sanatorios privados. Estas mujeres de clase media y baja, solían asistir a los servicios públicos de salud o a los nosocomios asignados por su seguridad social por parte de sus empleadores, Lamentablemente, en las fuentes utilizadas en esta investigación proporcionan escasa información sobre los empleos u ocupaciones de estas mujeres.

El tratamiento de los embarazos y partos a menudo generaba incertidumbre en los nosocomios. Ambos eventos ponían a prueba la salud de las madres en un entorno donde los recursos y conocimientos, no siempre estaban a la altura de las expectativas de atención médicas. Sin embargo, los galenos en su interés por mejorar los cuidados del embarazo, se preguntaban frecuentemente sobre cómo atender las complicaciones. Los problemas que captaron su atención fueron variados: desde la nutrición de la embarazada, hasta padecimientos como sífilis, afecciones cardíacas, el número de embarazos que podía soportar, las gestaciones de alto riesgo, el cáncer durante la gestación, y la edad materna, entre otros.

El interés médico se desarrolló en paralelo a una búsqueda de legitimidad científica y académica que llevó al gremio a establecer las relaciones con colegas de otros países, particularmente se dio un acercamiento con la Universidad de Tulane. Durante 1940 y 1950, era común que médicos estadounidenses ofrecieran conferencias en México, mientras que miembros de la AMGO asistían a cursos en Tulane. Cabe decir, que estos cursos fueron traducidos y difundidos entre médicos hispanohablantes de México, Cuba y Centroamérica.¹⁶⁷ Dentro de aquel entusiasmo de desarrollo académico del gremio, en 1949, la AMGO comenzó a

¹⁶⁷ Carlos Guerrero, "Historia del Curso de Ginecología y obstetricia para Graduados", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 4, núm. 2 y 5, 1949, pp. 71-73.

publicar algunas de las conferencias, especialmente se prestó atención a los temas relacionados con la obstetricia, las novedades de la gestación.¹⁶⁸

Era claro que muchas de las recomendaciones de la Universidad de Tulane no eran fáciles de adaptar a la realidad mexicana, especialmente para las mujeres de las clases bajas, aunque quizá podían tener alguna aplicación en las pacientes de consultas privadas. A pesar de estas limitaciones, los médicos mexicanos adoptaron estas recomendaciones como un modelo a seguir, confiando en que podían replicarlas según sus expectativas.

Una de las transcripciones del “curso de graduados” de 1948, dirigida por el doctor Edward W. Nelson del Departamento de Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane, se centró en el “tratamiento del embarazo”. Nelson propuso medidas básicas para evitar problemas de salud durante la gestación, como la realización de pruebas de laboratorio, citas de revisión continua y la creación de historias clínicas detalladas. También recomendaba investigar los padecimientos de la embarazada o su familia, junto con un tipo de nutrición especial para asegurar el bienestar materno fetal.¹⁶⁹

Nelson consideraba que las citas médicas debían realizarse con una periodicidad regular, para evitar complicaciones en el parto. En cada visita, las pacientes debían ser sometidas a controles rigurosos que incluían medir el peso, la presión arterial, calcular el tamaño de su útero y oír los latidos del feto. Además, Nelson insistía en proporcionar información científica a las pacientes para contrarrestar creencias populares que no poseían fundamento. Incluso insistía en la labor didáctica que tenía el médico para educar a sus pacientes, y señalaba lo siguiente:

Ciertas reglas pueden trazarse para la futura madre y aunque la instrucción personal no puede reemplazarse, un pequeño folleto que Usted prepare tiene gran valor para usarse de momento cuando sea necesario. Las pacientes deben ser advertidas, para que no den importancia a las muchas supersticiones y creencias que hay sobre el embarazo. Si tienen algunas dudas, que consulten a su médico. Mientras más hagamos que la paciente

¹⁶⁸ Carlos Guerrero, “Historia del Curso de Ginecología y obstetricia para Graduados”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 4, núm. 2 y 5, 1949, p. 73.

¹⁶⁹ Edward Nelson, “El tratamiento en embarazo”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 4, núms. 2 y 3, 1949, p.91.

descarte ideas erróneas más lograremos que preste atención a asuntos de importancia, tanto científica como práctica...¹⁷⁰

La cita anterior evidencia como el doctor Edward Nelson argumentaba la importancia de un directo con las pacientes para monitorear sus embarazos, buscaba lograr un dominio científico sobre el cuerpo para minimizar cualquier influencia ajena a la medicina. Este enfoque se basaba en las valoraciones clínicas, exámenes de laboratorio frecuentes, y una supervisión constante del comportamiento de las futuras madres. Esa estrategia aseguraría un embarazo y parto exitoso, aunque dejaba de lado el contexto socioeconómico de las pacientes.

En el mismo sentido, en otra de las conferencias transcritas de ese "curso de graduados" destacó la participación del médico Peter Everet, quien abordó los problemas de la alimentación y los padecimientos de sífilis y diabetes durante el embarazo. Para las mujeres gestantes el médico expresó la necesidad de incorporar cinco alimentos esenciales: "carne, leche, huevos, frutas, y verduras", además de asegurar la ingesta de 8 vasos de agua y procurar el control en el consumo de almidones y azúcares. Las pacientes debían consumir los siguientes alimentos diariamente:

...medio litro de leche; un huevo; tres porciones de legumbres además de una papa, una de las legumbres debe de ser verdura; dos porciones de fruta, cuando menos una cruda; 100 gramos de carne, pescado o pollo, una cucharada de mantequilla; una porción de cereal o algún alimento de grano entero, y tres rebanadas de pan de centeno.¹⁷¹

Sydney Jacobs proponía que ese "programa dietético" debía comunicarse claramente a las embarazadas con el fin de evitar problemas metabólicos durante la gestación. El Dr. Jacobs destacaba la responsabilidad de la paciente de cuidar su alimentación y evitar negligencias con su salud que pudieran derivar en patologías como la obesidad o estados de desnutrición. Jacobs enfatizaba la importancia de una ingesta adecuada de proteínas, minerales, vitaminas (A, B, D,

¹⁷⁰ Edward Nelson, "El tratamiento en embarazo", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 4, núms. 2 y 3, 1949, p.93.

¹⁷¹ Sydney Jacobs, "La nutrición durante el embarazo", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 6, núms. 18 y 19, 1949, p.97.

K y E), además de alertar sobre el consumo excesivo de alimentos para satisfacer los antojos durante el embarazo, ya que eso podía afectar su peso y poner en riesgo la salud.¹⁷² Sin embargo, este enfoque pasaba por alto las dificultades económicas que muchas mujeres enfrentaban en esa época. El deseo por aplicar esas medicas en México a finales de los cuarenta, revelaba una desconexión entre la teoría y la realidad cotidiana de las mujeres mexicanas.

Otro de las dificultades metabólicas que se priorizó en el tratamiento del embarazo fue la diabetes. El Dr. Peter Everet exigía el uso de insulina para proteger tanto a la madre como al feto. El médico señalaba que antes de 1920, la falta de esta hormona como tratamiento originaba mortalidad materna e infantil; además de que empeoraba la dificultad de concretar embarazos por la esterilidad provocada por la diabetes. Después de 1940, las mujeres diabéticas que estaban en gestación o que deseaban embarazarse, debían seguir un tratamiento riguroso con insulina y cuidar de los niveles de azúcar en la sangre. Everet subrayaba la importancia de monitorear a las pacientes con exámenes de laboratorio, consultas periódicas y el cuidado especial de los órganos como el corazón y los riñones de las mujeres.¹⁷³ Lo anterior suponía un control informado de las mujeres sobre sus prácticas alimentarias y su salud metabólica; aspecto que quizá era difícil de cumplir por el nivel de tecnicismos y preparación médica que ello requería.

Además de la diabetes, la sífilis también preocupaba a los médicos en la década de los cuarenta. El doctor Boni de Laureal sugería dar un tratamiento de penicilina, y un seguimiento constante a la embarazada en los primeros meses de gestación para prevenir la transmisión al feto. Esta estrategia suponía que las mujeres se realizaran pruebas de laboratorio a lo largo del embarazo y demandaba un estricto control médico. Para Laureal era muy relevante identificar la fase de la enfermedad y asignar el tratamiento según la etapa del embarazo de la paciente sífilítica. Esta práctica evidenciaba una normalización de la transmisión de enfermedades de transmisión sexuales por parte de los esposos, denotaba indicios

¹⁷² Jacobs, "La nutrición durante el embarazo", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 6, núms.18 y 19, 1949, pp.95-97.

¹⁷³ Everet, "Diabetes en el embarazo" *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 4, núms. 2 y 3, 1949, pp. 98-100.

de las dinámicas de género que limitaban el control de las mujeres sobre su propio cuerpo.¹⁷⁴

Las conferencias traducidas del curso para graduados, seleccionadas por el doctor mexicano Carlos D. Guerrero para la revista de la AMGO, permitían identificar un interés real del gremio por el tratamiento del embarazo. Sin embargo, también demostraban una adaptación limitada a la realidad mexicana, ya que los estudios se basaban en el contexto estadounidense. Las recomendaciones de los médicos como Nelson, Jacobs, Everet y Laureal, en particular, resultaban difíciles de replicar en la ciudad de México, especialmente considerando las diferencias de los contextos socioeconómicos y culturales entre ambos países.

Estas dificultades se evidenciaban de manera clara en la exigencia de realizar visitas regulares al ginecólogo. Para mujeres de clase baja de la ciudad de México representaba un desafío. Las largas jornadas de trabajo, la falta de seguro social y el desconocimiento de las funciones de su cuerpo complicaban aún más la situación, ya que muchas mujeres ni siquiera se percataban que estaban embarazadas.¹⁷⁵ Además, el requerimiento de exámenes de laboratorio para detectar la sífilis o controlar la diabetes, eran prácticas no tan popularizadas y de difícil acceso para las mujeres trabajadoras, incluso pudieron haberlo sido también para las amas de casa de clase media.

Uno de los principales problemas para adaptar las sugerencias norteamericanas era la ingesta de alimentos específicos por su alto valor nutricional. Proteínas como carne, pollo y huevo eran costosas y difíciles de adquirir para todas las mujeres de la ciudad. Para darnos una idea de los precios al mayoreo de esa época (y que seguramente eran más caros al menudeo), el kilo de carne de res osciló entre 1.9 y 2.9 pesos de 1948 a 1951. Mientras que el ciento de huevo,

¹⁷⁴ Laureal, "Tratamiento de la sífilis durante el embarazo", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 4, núms. 2-3, 1949, pp. 101-102.

¹⁷⁵ Martha Santillán señala que durante las décadas de los cuarenta y cincuenta en la ciudad de México, hubo casos de infanticidios perpetuados por mujeres de clase baja que trabajaban como sirvientas. Dichas mujeres a la hora de pasar por su proceso judicial, argumentaban que no sabían que estaban embarazadas y por ello acudían el crimen, lo cual denotaba una falta de conocimiento "sobre los procesos sexuales y biológicos de su cuerpo, sumado a un expreso rechazo a la maternidad". Santillán, "Infanticidas en la ciudad", 2011, p. 187.

estaba entre 24.1 y 41.4 en los mismos años.¹⁷⁶ Sobre el kilo del pollo no existen datos precisos para finales de la década de los cuarenta, pero era un alimento que solía ser muy caro y se consideraba un artículo de lujo para consumir en ocasiones especiales, ya que aún no había una crianza masificada de gallinas para cubrir la demanda de la población urbana.¹⁷⁷ La compra de los alimentos referidos suponía un esfuerzo adquirirlos, sobre todo si consideramos que el salario mínimo diario, en promedio, para estos años en el Distrito Federal oscilaba entre 3.39 y 4.50 pesos.¹⁷⁸ En resumen, las recomendaciones alimenticias promovidas por los ginecobstetras estadounidenses y promovidas por mexicanos, ignoraban por completo las condiciones económicas y el acceso limitado algunos alimentos que enfrentaba la población femenina.

Con respecto a la salud cardíaca durante el embarazo, en 1944, cardiólogos de gran renombre como Ignacio Chávez indicaba que la gestación en sí misma representaba un esfuerzo adicional de entre un 40 y 50% para la circulación sanguínea. Sin embargo, sostenía que, aunque el embarazo aumentaba la demanda cardiovascular, no era suficiente para desencadenar una enfermedad en un corazón sano. Aunque si el corazón del algún paciente contaba con alguna afección, era probable que se manifestaran síntomas graves como insuficiencia cardíaca o edema pulmonar, especialmente durante el parto, que incrementaba aún más la presión sanguínea.

Chávez aceptaba que las mujeres “cardíacas”,¹⁷⁹ enfrentaban un riesgo de muerte tres veces mayor que aquellas sin estas afecciones, y que al menos un 30%, de esas mujeres moría al llegar al puerperio por la insuficiencia en el músculo.¹⁸⁰ Ante estos riesgos, Ignacio Chávez recomendaba que las pacientes y

¹⁷⁶ INEGI, “Precios promedio”, Cuadro 18.2, 2015, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/HyM2014/18.%20Precios.pdf> [Consulta 12 de enero de 2023.]

¹⁷⁷ Meléndez, “Antecedentes de la avicultura”, s/f. <<https://bmeditores.mx/entorno-pecuario/antecedentes-de-la-avicultura-en-mexico-1551/>> [Consulta: 12 de enero de 2023.]

¹⁷⁸ INEGI, “Salario mínimo”, Cuadro 6.3, 2009, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas10/Tema6_Salarios.pdf> [Consulta 12 de enero de 2023.]

¹⁷⁹ Es importante que el término de “cardíaca” se utilizaba de manera indistinta por los médicos para denominar a toda mujer que tuviera cualquier tipo problemática del corazón, independientemente al nivel de gravedad del padecimiento.

¹⁸⁰ Chávez, “Embarazo y cardiopatías”, *Revista Medicina y Ciencias Afines*, 1944, pp.717-719.

sus familias fueran informadas sobre los riesgos de embarazarse, en especial si la mujer estaba por casarse o dar a luz. Cuestionaba incluso si las mujeres cardíacas debían casarse, dado que el matrimonio implicaba actividad sexual, un posible embarazo, un parto, así como el cansancio físico de cuidar a los hijos y el hogar. La postura de Chávez permite observar un enfoque de protección a la salud prenatal; no obstante, también revela una visión médica paternalista sobre las decisiones de vida de las mujeres. La preocupación del médico por los riesgos físicos del matrimonio y la maternidad era válida desde el punto de vista clínico, pero ignoraba la complejidad de experiencias y deseos de las mujeres.

Asimismo, Chávez sugería a las mujeres con problemas cardíacos realizarse las siguientes preguntas: “¿se tolera la actividad sexual? ¿se tolera el embarazo? ¿se toleran las fatigas que son consecuencia de la maternidad y de formar un hogar?” Aunque reconocía que la actividad sexual no representaba un riesgo significativo para las pacientes con problemas cardíacos menores, para las pacientes con cardíacos menores, comentaba que, en casos de insuficiencia grave, era proceder con extrema cautela. En cuanto a la posibilidad de un embarazo, Chávez insistía en que cada caso debía ser cuidadosamente evaluado un médico para determinar si el cuerpo de la mujer estaba en condiciones de soportar la gestación.

Por ende, aquellas pacientes con daño cardíaco leve, se les permitiría el matrimonio con la condición de que sus maridos estuvieran al tanto de su enfermedad y de la posibilidad de que no tener hijos. Según el cardiólogo, la responsabilidad del galeno era informar de la patología, para evitar futuros conflictos si la esposa quedaba “inválida”, porque la vida del marido se convertiría en la de un “enfermero”. A pesar de las advertencias, no se registraban casos en los que los hombres desistieran de casarse. Este era en teoría ese el parámetro para que el médico general aprobara el embarazo. Al mismo tiempo, este médico se cuestionaba si la mujer “con su instinto de maternidad insatisfecha” era capaz de asumir los riesgos, y concluía que, en muchos casos, no podían disuadir a las mujeres enfermas para desempeñar su rol.¹⁸¹ La enfermedad de las mujeres en

¹⁸¹ Chávez, “Embarazo y cardiopatías”, *Revista Medicina y Ciencias Afines*, 1944, pp.724-725.

este caso se retrataba como una carga que debía ser manejada con precaución, no por el interés en la salud femenina, sino porque afectaría la vida del hombre.

Por otra parte, para las mujeres con afecciones graves, el cardiólogo prefería prohibir el matrimonio y desaconsejar el embarazo. Para ello, les prescribía manera intencionada tratamientos prolongados e ineficaces para desalentarlas de casarse. Después de meses de espera, les llamaba para comunicarles que el matrimonio o gestación no eran viables para ellas. Aunque el proceso de convencerlas podría demorar entre seis a diez meses en convencerlas de no casarse o embarazarse, si los futuros esposos de las pacientes insistían en casarse, el médico les concedía su permiso sin mayores objeciones.¹⁸²

Atender la gestación en mujeres con patologías cardíacas no una tarea que los médicos recibieran con agrado, debido a los cuidados extra que requería.¹⁸³ A menudo, el argumento moral de preservar la maternidad prevalecía sobre las evidencias científicas y la prioridad de proteger la vida de las pacientes. No obstante, hacia finales de los cuarenta, esa perspectiva cambió, se empezó a considerar la interrupción del embarazo en el primer trimestre para las pacientes con afecciones coronarias graves, siempre que se demostrara la seriedad del caso. Se recomendaba realizar el aborto de manera oportuna para evitar riesgos de infecciones o hemorragias. Pese a esta medida, es probable que muchas mujeres continuaran con su embarazo debido a creencias religiosas o impedimentos morales.¹⁸⁴

De manera paralela, hacia 1955, la mortalidad materna se convirtió en una de las principales preocupaciones más importantes del gremio, lo que llevó a buscar maneras de reducirla. El Distrito Federal se encontraba en el sexto lugar con más muertes maternas después de Michoacán. En 1950, 222 mujeres murieron en la capital por complicaciones durante el embarazo, parto y postparto. Estos

¹⁸² Chávez, "Embarazo y cardiopatías", *Revista Medicina y Ciencias Afines*, 1944, p.720.

¹⁸³ Chávez, "Embarazo y cardiopatías", *Revista Medicina y Ciencias Afines*, 1944, pp.725-726.

¹⁸⁴ Según Mateos Fournier y Alfredo Román, en un estudio realizado en los años sesenta sobre los abortos "criminales" en la Ciudad de México, se encontró que, de 2,525 casos, el 92.47% fueron provocados, el 7.3% ocurrieron de manera espontánea, y solo el 3.5% se llevaron a cabo con justificaciones legales. Fournier, "Nuevas aportaciones", 1969, p.116.

fallecimientos se debían principalmente a hemorragias, infecciones, toxemias,¹⁸⁵ y desprendimientos de placenta. El Dr. Antonio Sordo Noriega propuso soluciones que incluían “una campaña educativa dirigida a las madres para convencerlas de recibir atención prenatal”, la distribución de antibióticos en hospitales para tratar infecciones, protocolos de tratamiento a la toxemia y una campaña educativa para la prevención del aborto. Tales iniciativas, habían sido aprobadas por la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno infantil y se pondrían en marcha para el resto de la década.¹⁸⁶

Había casos en los que la madre sobrevivía, pero el feto no, lo que preocupaba a los médicos por la abrupta interrupción del embarazo. Durante esas situaciones se priorizaba la extracción inmediata del feto para evitar infecciones graves. Si la pérdida ocurría en el primer mes, el contenido del útero solía disolverse de manera natural. Sin embargo, después del primer mes de embarazo, la extracción fetal se complicaba y era necesario provocar un parto para la expulsión. En esos casos, se recomendaba el uso prudente de Pitocín, un fármaco que inducía al parto por vía intravenosa y simulaba una expulsión similar a la de un alumbramiento normal. estudios de caso para asegurar que ese era el tratamiento definitivo para esos incidentes, por lo que el Dr. Bernardo J. Gastélum¹⁸⁷ recomendaba al gremio médico operar con mucha precaución.¹⁸⁸

Además de las inquietudes sobre los abortos, a finales de la década de los cincuenta, el tema del cáncer cérvico uterino en la mujer gestante se sumó a las

¹⁸⁵ La toxemias o también denominadas preeclamsias es el aumento de la presión arterial y presencia de daño renal después de las 20 semanas de gestación. Es una condición que si no se atiende puede generar daños en la salud de la madre y del feto. “Preeclampsia”, *Mayo Clinic*, <<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>>.[Consulta: 18 de marzo de 2023].

¹⁸⁶ Antonio Sordo, “Mortalidad materna en la República Mexicana”, *Gaceta Médica de México*, vol. 85, núm. 1, 1955, pp.61-65.

¹⁸⁷ Bernardo J. Gastélum (1886-1981), fue un médico originario del estado de Sinaloa. Se destacó como docente y diplomático, por lo que tuvo una producción intelectual en diversas publicaciones. Encabezó la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina y ocupó cargos públicos a nivel estatal y federal. García, “Bernardo”, 2017, <<https://www.centrolombardo.edu.mx/bernardo-j-gastelum/>> [14 de marzo de 2024].

¹⁸⁸ Gastélum, “Aportación a la conducta del obstetra en caso de retención de feto muerto”, *Gaceta Médica de México*, 1955, pp. 687-692.



discusiones médicas. Guillermo Alfaro¹⁸⁹ y Manuel Mateos Fournier¹⁹⁰ debatieron sobre los tratamientos para esta patología en el embarazo. Alfaro sugería que la “radiumterapia” y la cirugía debían posponerse hasta la cesárea, a menos que el cáncer se mostrara agresivo desde el principio. Fournier, por el contrario, argumentaba que el cáncer debía tratarse de inmediato para priorizar la vida de la madre sobre la del feto.¹⁹¹

Alfaro y Fournier coincidían con el prestigioso oncólogo y ginecobstetra Conrado Zuckerman, en que era necesario difundir entre los médicos generales la “idea de cáncer” para que a los primeros síntomas enviaran a las pacientes a “centros especializados”. Consideraba esenciales la realización de exámenes como el “tacto”, el raspado y la biopsia, así como asistir regularmente a consulta prenatal o ginecológica. No obstante, Fournier enfatizaba que el cáncer cérvico uterino era extraño en mujeres de más de 40 años, lo que dificultaba encontrar casos en embarazadas, ya que la disminución de la fertilidad y las afecciones ocasionadas por el cáncer solían impedir la fecundación y el embarazo.¹⁹²

En la década de los sesenta, los grandes temas que se investigaron sobre el embarazo fueron de nueva cuenta la nutrición y la influencia de la edad avanzada en la gestante. Las investigaciones de los doctores Samuel Karchmer, Agustín Domínguez, destacaron la obesidad y la anemia como problemas clave en la gravidez. De acuerdo con sus estudios, el peso era crucial para entender el “estado clínico de la gestante”; por lo tanto, una de sus inquietudes eran los “efectos del sobrepeso materno”. Argumentaban que las pacientes tenían obesidad porque ingerían más calorías que las que necesitaban y advertían sobre los peligros que la enfermedad traía para la salud. En 1966 presentaron un estudio en el que

¹⁸⁹ Guillermo Alfaro de la Vega fue un importante ginecólogo que ingresó a la Academia Nacional de Medicina (ANM) en 1956. Cárdenas de la Peña, “Historia de la Academia”, 2014, p. 96.

¹⁹⁰ Manuel Mateos Fournier fue un renombrado ginecólogo de la segunda mitad del siglo XX, y que también estuvo muy interesado en las técnicas quirúrgicas, ya que incluso fungió como presidente de la Asociación Mexicana de cirugía entre 1964 y 1965. s/a, “Nuestros presidentes”, 2024, <https://www.amc.org.mx/acerca_de/quienes_somos/expresidentes> [Consulta: 11 de julio de 2024.]

¹⁹¹ Alfaro y Fournier, “Cáncer cérvico-uterino y embarazo”, *Gaceta Médica de México*, vol. 87, núm. 2, 1957, pp. 95-112.

¹⁹² Alfaro y Fournier, “Cáncer cérvico-uterino y embarazo”, *Gaceta Médica de México*, vol. 87, núm. 2, 1957, pp. 95-112.

identificaron a 464 pacientes con sobrepeso, de un total de 2157 mujeres que acudieron a la consulta externa en el Hospital de Ginecobstetricia No. 1 del IMSS en la capital.

Según los ginecobstetras, las mujeres con obesidad eran en su mayoría "jóvenes y muy fértiles", con un promedio de 25 años de edad y varias experiencias de embarazos y partos. Los galenos advertían sobre el mayor riesgo de desarrollar toxemias, abortos y partos riesgosos o prematuros. Al finalizar su estudio comprobaron que sí se presentaron abortos, toxemias, la necesidad de cesáreas y partos prematuros, así como riesgos para la salud de la madre y el feto. Aunque habían identificado que el problema era un desorden metabólico, los especialistas tendían a responsabilizar a las mujeres por su condición, ya que atribuían el sobrepeso al consumo excesivo de calorías.¹⁹³

En 1969, los doctores Samuel Karchmer y a José Antonio Aguilar realizaron una investigación en el Hospital de Ginecobstetricia No. 1 del IMSS sobre el consumo adecuado de proteínas para prevenir anemia en el embarazo. En dicho ensayo clínico, fueron tomadas en cuenta mujeres 3000 de "clase medio-baja", como les denominaban los médicos; las cuales acudían usualmente a la clínica a atenderse. El estudio concluyó que la anemia representaba un riesgo significativo tanto para la madre como para el feto, y que su prevención dependía de una dieta rica en ciertos nutrientes. Se destacó el consumo de ácido fólico, presente en el hígado y vegetales; el hierro, encontrado en "vísceras [sic] de los animales, la yema del huevo, mariscos, cereales y vegetales", y la ingesta constante de proteínas. Mientras las embarazadas consumieran una dieta basada en proteínas su nivel de glóbulos rojos se mantendría y evitaría anemias.¹⁹⁴

A la par de estas preocupaciones nutricionales, los médicos también se enfocaron en el límite de edad para el embarazo. Se reconocía que este tema necesitaba mayor investigación en América Latina. Consideraban que el embarazo en mujeres de más de 40 años era de "edad avanzada" y que las mujeres latinas

¹⁹³ Karchmer y Domínguez, "Nutrición y estado grávido puerperal", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol 27, mayo-junio, 1967, pp. 457-467.

¹⁹⁴ Karchmer, "Influencia de la nutrición sobre el estado grávido", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 1969, pp. 189-195.

continuaban embarazándose hasta que su fisiología les permitía la fecundación. En 1962, el doctor mexicano Samuel Karchmer y el paraguayo Antonio M. Ruoti realizaron un estudio en el Hospital de Ginec Obstetricia No. 1 del IMSS, analizaron un total de 20,780 partos ocurridos en ese año. Los datos revelaron que 514 mujeres embarazadas tenían más de 40 años, lo que llevó a los investigadores a identificar posibles complicaciones de salud asociadas con embarazos en edades avanzadas como las siguientes:

La recopilación de datos estadísticos, permite afirmar que existe una mayor probabilidad para que una mujer añosa y más aún múltipara y añosa, padezca cierto tipo de patología como complicación de sus embarazos. Las afecciones del aparato cardiovascular (hipertensión, cardiopatías), las del sistema endócrino (diabetes), o procesos tumorales (miomas, cáncer), así como las complicaciones propias de la gestación o parto (aborto, rotura uterina, etc.) tienen mayor frecuencia en las grávidas de edad avanzada. Tres fueron en nuestra serie, las complicaciones principales del embarazo, a saber: la toxemia, la diabetes, la cardiopatía.¹⁹⁵

En esta misma línea, en 1968, se presentaron los resultados de un estudio sobre el embarazo en mujeres mayores de 41 años en el Hospital de Ginec Obstetricia del Centro Médico Nacional del IMSS. Para los ginecobstetras, la "embarazada añosa" representaba un riesgo considerable, tanto para la misma madre, como para el producto. El estudio titulado "El embarazo en la mujer de 'edad avanzada'" contempló 79, 444 "casos obstétricos", de los cuales fueron identificados a 1,421 mujeres de más de 41 años. Entre 1961 a 1965, estas mujeres fueron atendidas por la seguridad social, de las cuales la mayoría ya había tenido embarazos previos y solo diez eran primerizas. Los médicos clasificaron los embarazos en "viables" y "no viables"; 366 casos fueron considerados inviables debido a la presencia de diabetes y anemia aguda. De los 1,055 embarazos viables, 328 presentaron complicaciones como toxemia, preeclampsia, eclampsia, hipertensión, diabetes, anemia, y, en menor medida, infecciones urinarias, miomas

¹⁹⁵ Karchmer y Ruoti, "'La edad avanzada' y su influencia en el embarazo y parto", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 28, año 8, sept-oct, 1963, pp. 393-409.

y cáncer cérvico-uterino. No se reportaron problemas significativos en los demás embarazos.¹⁹⁶

Al analizar este estudio, notamos que hubo un interés científico por comprender los problemas del cuerpo de las mujeres gestantes mayores de 40 años. Sin embargo, también es claro que los médicos desaprobaban estos embarazos. Dado que los vieron más allá de un riesgo de salud, los encontraron como un impedimento para ejercer propiamente la maternidad por los pocos años, que según ellos, les quedaban a estas mujeres. Ese enfoque médico clasificaba a las gestantes mayores de 40 años dentro del concepto de "edad avanzada", pues fue probablemente influenciado por la esperanza de vida en la década de los sesenta, que inicialmente era de 57 años y, aunque más tarde se elevó a 63 años, seguía considerando a las mujeres mayores de 39 años como "mayores".¹⁹⁷

Los médicos estigmatizaron a las mujeres de "edad avanzada" con poca capacidad física y moralmente inadecuadas para experimentar la maternidad. Aunque les sorprendía la capacidad fértil de las mujeres mayores que acudían al hospital, para ellos representaba un desafío y una responsabilidad mantener la salud de la madre y el feto, debido a las complicaciones asociadas con la gestación en esa etapa. A pesar de sus preocupaciones sobre la edad, las conclusiones de los estudios no ofrecían soluciones, ni métodos de anticoncepción para evitar embarazos en mujeres mayores de 40 años, reflejando una clara prioridad por consolidar la maternidad por encima de otros factores.

Por último, en la primera mitad de los años 70, los debates en los grupos de ginecología se centraron en la interrupción del embarazo y la gestación de alto riesgo. Se propusieron diversas estrategias para conservar el embarazo, se sugería el uso de vitaminas, antihistamínicos, hormonas e incluso la psicoterapia, pero, aun así, los médicos indicaban que había algunas amenazas de aborto en pacientes por causas multifactoriales. Para brindar una solución, en 1974 hubo doctores como

¹⁹⁶ Lara y Aznar, " El embarazo en la mujer de "edad avanzada", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 23, febrero, 1968, pp. 301-309.

¹⁹⁷ Banco Mundial, "Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)", 2020. <<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=MX>> [Consultado en línea el 18 de marzo de 2023].

Víctor Luis Velasco y Blanca I. Conde que experimentaron con un grupo de cien pacientes de amenaza de aborto. Les suministraron a ochenta de ellas Alilestranol y al resto placebo. Como resultado del estudio, el 80% de las mujeres con Alilestranol lograron mantener su embarazo, por lo que se consideró como una opción de tratamiento viable.¹⁹⁸

El embarazo de alto riesgo se definía como aquel en el que el feto presentaba un "significativo incremento de posibilidad de muerte". Su recurrencia se atribuía a factores como embarazos no planificados, inestabilidad emocional, soltería, bajo nivel educativo y socioeconómico, estatura reducida, tabaquismo, antecedentes obstétricos complicados, drogadicción, cuidados prenatales inadecuados, enfermedades del esposo o predisposiciones genéticas.¹⁹⁹ Es decir, se construyó un perfil de mujeres cuyas características raciales, sociales y económicas, las hacían más propensas a poner en peligro su gestación.

Por lo visto hasta ahora, se ha observado que los cuidados del embarazo representaban un reto para los médicos y las pacientes. Las directrices médicas frecuentemente adquirieron un carácter paternalista sobre los cuidados de la maternidad, y reflejaron coincidencias por el deseo de lograr un cuerpo gestante *productivo*, comúnmente impulsado por el Estado. Así que no sólo se cuidó de la salud física de las mujeres en el cuerpo *médico*, sino que también se preocuparon por ejercer una vigilancia moral sobre sus comportamientos y decisiones, discurso que como veremos más adelante, coincidió con el cuerpo *moral* que impulsó la Iglesia.

La medicalización del embarazo tenía el objetivo tanto de garantizar nacimientos saludables, como de acoplar una atención acorde a las necesidades del proyecto de modernización del milagro mexicano. No obstante, este enfoque desatendió las necesidades las realidades socioeconómicas y culturales de muchas mujeres, quienes, con frecuencia, no contaban con los medios suficientes para

¹⁹⁸ Velasco y Conde, "Un esquema de manejo en la amenaza de aborto", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 28, agosto, 1970, pp. 209-217.

¹⁹⁹ Septién, "Embarazo de alto riesgo", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 35, mayo, 1974, pp. 481-496.

asistir al médico, carecían de información sobre su cuerpo o el pudor les impedía acudir a los servicios de salud. El cuerpo gestante se convirtió en un campo de discusión simbólica donde se discutieron las tensiones entre la reproducción como un proyecto de nación pronatalista, la preservación de la moral cristiana y las incipientes demandas de autonomía y derechos reproductivos que comenzaron a emerger entre finales de los años sesenta y comienzos de los setenta.

2.4 Control del parto: manejos farmacológicos del dolor, la psicoprofilaxis y algunas complicaciones médicas

Atender los alumbramientos era una situación que a menudo provocaba nerviosismo entre los ginecobstetras, ya que en estos eventos ponían a prueba sus conocimientos teóricos y su experiencia. Las preocupaciones de los doctores tenían que ver con el compromiso de cumplir su rol social, así como con la necesidad de demostrar su ética profesional en circunstancias adversas en el hospital.

En ese sentido, acorde a las fuentes revisadas para este apartado, nos deja ver que la atención del parto fue objeto de intensas reflexiones en las publicaciones médicas. A través de artículos académicos, diversos médicos compartieron sus técnicas y estrategias que buscaban soluciones objetivas a las dificultades del parto, y con ello garantizar el bienestar de las gestantes y de los hijos. Así, este apartado se centra en explorar las problemáticas a las que se enfrentaron los médicos en los alumbramientos, las cuales se dividieron en dos: los procedimientos para eliminar el dolor y las complicaciones médicas en las salas de parto.

El análisis de los discursos sobre el parto permite identificar las estrategias que contribuyeron a fortalecer de la figura de los galenos como los únicos especialistas capacitados para el cuidado de cuerpos de las mujeres gestantes. Estas estrategias no solo se enfocaron en el correcto uso de tecnologías de la época, sino también en mejorar las técnicas para optimizar los tiempos del parto. Por lo tanto, esta narrativa médica asumía que las pacientes eran indefensas e incapaces de gestionar el cuidado de su cuerpo, por lo que de esa manera se justificaba la intervención médica en todo momento.

En la segunda mitad del siglo XX, garantizar el control o supresión del dolor fue uno de los objetivos del gremio ginecobstétrico. La idea dominante era que entre menos dolencias tuvieran las pacientes, más rápidos y apacibles serían los partos. Este enfoque se materializó en el creciente uso de analgésicos y anestésicos en las principales clínicas de maternidad de la ciudad de México. En esos recintos se permitió la experimentación de dosis y métodos en distintos tipos de pacientes. Los médicos pertenecientes a la Asociación Mexicana de Ginecobstetricia (AMGO), reafirmaban su constante interés por eliminar el sufrimiento materno, ya que esto les permitía trabajar con pacientes más tranquilas, lo que a su vez mejoraba su concentración y acortaba la duración de los partos. Sin embargo, la predominancia en el uso de fármacos para el dolor, daba espacio a desestimar otras formas de tratamiento, como el apoyo de terapias psicológicas, que fueron empleadas con menos interés.

Desde 1947 se popularizó en México la raquianalgesia en el área de la ginecobstetricia, un método analgésico desarrollado por los médicos estadounidenses, Ray T. Parmley y John Adriani. Esta técnica considerada en ese entonces segura, empleaba una dosis baja de nupercaína en el área lumbar, y entre los médicos mexicanos fue conocida como “raquianalgesia de bloqueo de silla” y sus efectos eran anestésicos analgésicos y anestésicos.²⁰⁰

Esta técnica fue probada en la ciudad de México por el obstetra Amador Fernández, y el anesthesiólogo, Sergio Varela en el Sanatorio No.1 del IMSS en 30 mujeres. Según ambos galenos, su fue exitosa en sus primeras ejecuciones, ya que ninguna de las mujeres falleció y tampoco sus hijos. Fernández y Varela consideraban que el método de Parmley-Adriani, no tenía que ser aplicado forzosamente en un sanatorio u hospital, pues debido a su sencillez permitía que cualquier médico general lo utilizara; lo que lo hacía apto para sus clínicas sin especialización en obstetricia o zonas rurales.²⁰¹ Asimismo, este tipo de analgesia eliminaba el "sufrimiento físico" sin afectar el ritmo de las contracciones, lo que

²⁰⁰ Parmley y Adriani, “Saddle block anesthesia with nupercaine in obstetrics”, *American Journal of Obstetrics Gynecology*, vol. 52, 1947, pp. 636-640.

²⁰¹ Amador y Varela, “Parto indoloro”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, n.6, nov-dic, 1947, p. 122.

permitía a los médicos solicitar la cooperación de las pacientes para acelerar el parto. Por lo que la consideraron como una técnica ideal para la analgesia obstétrica que no requería cirugía, pues ayudaba a mantener a las mujeres tranquilas, y por ende, les facilitaba un mejor control de los ritmos del parto y anticipar serias complicaciones.²⁰²

Hacia 1957, la inquietud por los malestares de la madre continuó presente en los temas de investigación obstétrica. Los ginecólogos Juan Alanís y Héctor Salinas de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey analizaron los medicamentos disponibles para tratar el dolor y presentaron una ponencia sobre los “Recursos empleados contra el sufrimiento materno”.²⁰³ Éstos estaban al tanto de que las estrategias para luchar contra el dolor antes de 1940, sabían que en la medicina occidental de Europa y Estados Unidos se emplearon distintos tipos de fármacos.. Señalaban que desde 1902, se había utilizado la combinación de morfina con escopolamina, y que en 1913 se manejó la avertina y los barbitúricos,²⁰⁴ pero que años después, se popularizó el uso de “anestesia raquídea” y la “raquídea hiperbárica (bloqueo en silla de montar)”. Finalmente, mencionaban que para los

²⁰² Amador y Varela, “Parto indoloro”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, n.6, nov-dic, 1947, p. 123.

²⁰³ Alanís y Salinas, “Juicio crítico sobre los recursos modernos de la obstetricia en el parto normal”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, mar-abr, núm. 2, 1957, p. 129.

²⁰⁴ Los barbitúricos fueron utilizados desde principios del siglo XX en países como Italia, Suiza, Canadá y Estados Unidos, sus propiedades consisten en generar un estado de sedación, hipnosis, sueño en pacientes psicóticos e incluso puede actuar como anticonvulsivo. López-Muñoz, “The history of barbiturates”, 2005, p. 334.

cuarenta se usó el Demerol²⁰⁵ y el Trilene,²⁰⁶ y en los cincuenta el Lagartil²⁰⁷ o clopormacina.²⁰⁸

Alanís y Salinas estaban a favor del empleo de dosis bajas de barbitúricos o anestesia, se oponían al abuso de fármacos en el parto. Manifestaban claramente su desacuerdo sobre el uso de sedación, y proponían el uso de Demerol como la opción más indicada para a las mujeres durante el parto, ya que ese medicamento no afectaba el curso de las contracciones, la dilatación, ni al feto; además de controlar el miedo y la angustia de las pacientes.²⁰⁹ Asimismo, afirmaban que el tipo de anestesia debía ajustarse a las circunstancias de cada caso; para las primigestas y multíparas con parto natural y sin complicaciones, recomendaban la combinación de “trilene o la anestesia general con ciclopropano y oxígeno” con óxido nitroso. Sin embargo, para aquellas con “con sufrimiento fetal”, era necesario recurrir al uso de fórceps, y los métodos de la “silla de montar” o la raquianestesia.²¹⁰ Finalmente, insistían en que cualquier medicamento debía administrarse con extrema precaución, ya que la prioridad siempre debía ser salvaguardar la vida de la madre y el feto, antes de “evitar el sufrimiento materno”.

El temor a perder la vida de las mujeres embarazadas y sus bebés, daba cuenta de la necesidad de continuar con la experimentación y la investigación de dosis en los hospitales de atención obstétrica. Si bien, este miedo era genuino por

²⁰⁵ Es un fármaco de la familia de los opioides que sirve para auxiliar a controlar el dolor grave y moderado. “Demerol”, *National Cancer Institute*, <[Resultados \(cancer.gov\)](https://www.cancer.gov/)> Consulta: [20 de abril de 2023.]

²⁰⁶ El Trilene o tricrotileno, es una sustancia que comenzó a ser usada en 1934 en el Reino Unido y en la India. Su administración era por medio de la inhalación y el mecanismo para emplearlo radicaba en que la mujer embarazada se administrara a sí misma la paciente cuando sintiera dolor, “...se fijaba en la muñeca de la paciente con una cinta o cadena, poniendo en sus manos el control del dolor...”. Se afirma que su práctica fue muy popular entre la década de 1950 y 1970. Ocampo, “Datos históricos y evolución”, *Anestesia obstétrica*, 2008, p.27.

²⁰⁷ El Lagartil, o la sustancia clopormazina, era un medicamento con efectos sedantes que fue utilizado en el campo de la psiquiatría para el tratamiento de la esquizofrenia en la década de los cincuenta. Fróis, “Largactil tablets: healing the soul”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2022, p. 1.

²⁰⁸ Alanís y Salinas, “Juicio crítico sobre los recursos modernos de la obstetricia en el parto normal”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 2, mar-abr, 1957, p.131.

²⁰⁹ Alanís y Salinas, “Juicio crítico sobre los recursos modernos de la obstetricia en el parto normal”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, mar-abr, núm. 2, 1957, p.131.

²¹⁰ Este tipo de anestesia se inyecta usualmente en el líquido que rodea la médula espinal y provoca un efecto inmediato para calmar el dolor. “Anestesia raquídea y epidural”, *Medline Plus*, <<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007413.htm>> [Consulta: 20 de abril de 2023.]

la vida de las pacientes, también se mezclaba con la inquietud por la pérdida del prestigio de los ginecólogos. A pesar de la incertidumbre y las dudas, los fármacos continuaron siendo el principal medio para controlar el dolor durante el parto, se utilizaron durante la segunda mitad del siglo XX y algunos de ellos llegaron a la actualidad. Por ejemplo, en 1964, los tipos de anestesia y analgésicos mencionados fueron utilizados en la mayoría de maternidades de la Ciudad de México, como en el hospital de gineco-obstetricia No.1 del IMSS. Carlos Martínez, uno de los médicos de ese nosocomio apoyaba el uso la anestesia, ya que provocaba relajación en las pacientes, sin alterar sus signos vitales o los del feto, aunque insistía en utilizarla con suma precaución.²¹¹La dependencia hacia el uso de fármacos permite observar la suma confianza en la tecnología por parte de los médicos, que, aunque dudaban de sus riesgos, siguieron empleándolos más que otros métodos.

No obstante, como se ha señalado en párrafos anteriores, los tratamientos del dolor de las parturientas no se limitaron exclusivamente a la administración de fármacos. A finales de los cincuenta en México, surgió otra alternativa para manejar las dolencias del alumbramiento: el método psicofiláctico. Este consistía en un control del dolor del parto sin anestesia y una intervención médica menos invasiva hacia el cuerpo de las mujeres. Dos doctores de la AMGO, Juan Alanís y Héctor Salinas fueron pioneros en reflexionar y proponer esta forma de atención a las mujeres gestantes en la década de los cincuenta; aunque adaptarla uniformemente en el país en ese momento era complicado.

Ambos doctores estaban al tanto de los avances científicos sobre anestesia y cirugía de la primera mitad del siglo XX. Reconocían los progresos en la medicina habían facilitado las labores en la ginecobstetricia, especialmente en las "medidas higiénicas y métodos terapéuticos". Sin embargo, consideraban que, además de incorporar las nuevas técnicas quirúrgicas y la tecnología hospitalaria, era crucial dominar los conocimientos en fisiología para "evitar el sufrimiento materno". Por ende, encontraban necesaria una sólida preparación teórica y práctica, así como

²¹¹ Carlos Martínez, "Bloqueos de conducción en gineco-obstetricia", *Gaceta Médica de México*, tomo 94, n. 2, febrero, 1964, p. 111.

una adecuada conducta como parteros para que los alumbramientos marcharan bien y las madres se sintieran tranquilas.²¹²

Asimismo, proponían que los nosocomios debían estar lo suficientemente equipados para “imitar la naturaleza”, para reducir el tiempo de alumbramiento y minimizar el dolor de las mujeres. En ese sentido, Alanís y Salinas insistían en emplear “recursos modernos” en los hospitales, entre esos recursos destacaba el método *profiláctico* o también denominado *psicoprofilaxis*, el cual se basaba en privilegiar la consulta prenatal y un trabajo de psicoterapia para guiar a las pacientes en el control de sus temores y del dolor. Era fundamental vigilar el embarazo a través de consultas prenatales regulares, durante las cuales se realizarían exámenes rutinarios para registrar cualquier anomalía en la gestación, elaborar historias clínicas de las pacientes, así como brindar psicoterapia. Además, en caso necesario derivarlas a consultas de otras especialidades. Los ginecobstetras comenzaban a sugerir el empleo de la psicoterapia como preparación para el momento del parto.

La psicoterapia se consideraba una herramienta valiosa para facilitar los "partos naturales", ya que se sabía que el alumbramiento podía ser un momento de gran estrés y temor para las pacientes. Alanís y Salinas identificaban dos métodos de la psicoprofilaxis como los más significativos: el ruso, propuesto "los discípulos de Pawlow [sic]"²¹³ y el inglés, desarrollado, del Dr. Grantly Dick Read. Ambos métodos consistían "en instruir a la paciente sobre el mecanismo del parto y familiarizarla con las condiciones en que se llevará a cabo".²¹⁴

Sin embargo, los médicos reconocían que para garantizar la efectividad de la psicoterapia se necesitaba suficiente personal y tiempo en el consultorio, aspectos que no eran fácil de lograr. Admitían que aún no contaban experiencia suficiente aún para aplicar la metodología, pero, a pesar de ello, se esforzaban por crear un

²¹² Alanís y Salinas, "Juicio crítico sobre los recursos modernos de la obstetricia en el parto normal", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, n.2, mar-abr, 1957, p. 129.

²¹³ Conforme al contexto de la época, el apellido correcto de este autor sería Pavlov, que corresponde al renombrado médico y psicólogo Iván Pavlov, el cual se dedicó a los estudios de fisiología, de la "teoría de la función cerebral, las bases biológicas de la personalidad y el estudio de la neurosis". En Gutiérrez, "Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936)", *Revista Latinoamericana de Psicología*, núm. 3, 1999, pp. 557-558.

²¹⁴ Alanís y Salinas, "Juicio crítico sobre los recursos modernos de la obstetricia en el Parto normal", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, n.2, mar-abr, 1957, p. 130.

ambiente de tranquilidad en sus consultas. Incluso, estaban dispuestos a ofrecer “una pequeña labor de psicoterapia” a las embarazadas para resolver sus dudas y generar un entorno de confianza en donde pudieran expresar sus temores sobre el parto. La intención era fomentar una colaboración efectiva entre pacientes y médicos para que los alumbramientos se desarrollaran de la mejor manera posible.²¹⁵

En un esfuerzo paralelo, en 1959, hubo un médico de Puebla, el Dr. Gazca Nieto, fue de los primeros en experimentar varios métodos de profilaxis. Incorporó el francés de Lazame y algunos elementos de la corriente soviética impulsada por Nicolaiev, Platonov y Velvovsky.²¹⁶ Gazca Nieto realizó un ensayo científico en el sanatorio privado “Guadalupe”; lo llevó a cabo con 18 pacientes de clase media y 2 de “clase acomodada”, las cuales se encontraban entre los 17 y 36 años. Ahí se capacitó al personal médico en el método y contaba con material didáctico con ilustraciones de “los genitales femeninos, fecundación, embarazo, un pizarrón” e incluso una película donada por el Dr. Lazame para instruir a las pacientes. La enseñanza de la técnica de profilaxis a las pacientes fue dividida en 6 cursos que iniciaban a partir del 4° mes de gestación, en dichas sesiones abarcaban la resolución de dudas del parto, la fisiología de Pavlov, la instrucción de técnicas de respiración y pujo para practicar en casa, la estimulación del “sentimiento de

²¹⁵ Alanís y Salinas, "Juicio crítico sobre los recursos modernos de la obstetricia en el Parto normal", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, n.2, mar-abr, 1957, p. 130.

²¹⁶ Estos médicos formaron parte de un grupo de investigación interesado reducir los dolores del parto en las pacientes de la Unión Soviética. Sus estudios se basaron en el uso la psicoterapia y la aplicación de las teorías de Pavlov para la búsqueda de supresión del dolor con otras estrategias que fueran solamente farmacológicas. Lo anterior, ocurrió debido a la falta de suministros óxido nitroso en la industria farmacéutica, una sustancia que servía para reducir los dolores de parto. Por ende, las autoridades soviéticas impulsaron el parto psicoprofiláctico a finales de los cuarenta y comienzos de los cincuenta para atender a las mujeres con el dolor, además era una técnica que no requería demasiados recursos o la necesidad de aplicar costosos medicamentos, así que fue una alternativa común para atender a las mujeres. Inclusive, el método llamó la atención del francés Fernand Lazame, quien viajó a la Unión Soviética en 1951 para aprender el método para posteriormente hacerlo popular en Francia. Estados Unidos también se interesó en la psicoprofilaxia, pero utilizó una técnica basada en los estudios de Lazame, pues se resistió a aceptar la influencia y herencia soviética del método. Michaels, "Childbirth pain and the soviet origins of the Lazame Method", 2007, pp. 3-31.

maternidad”, así como la familiarización con las enfermeras y salas de parto en las que iban a ser atendidas.²¹⁷

El doctor Gazca Nieto creía que era crucial combatir factores “psicogénicos” que agravaban el dolor en las mujeres, como el miedo a perder la vida propia o la de su hijo, las preocupaciones socioeconómicas y las creencias religiosas que enfatizaban la “fatalidad del parto”. En cuanto a los resultados, comentaba que la mayoría de los partos transcurrieron sin problemas, pues la mayoría de las pacientes se habían sentido satisfechas con el método y reportaba que 15 de las 20 mujeres, no sintieron dolencias agudas a la hora del alumbramiento, en pocas palabras el parto que quería lograr era libre de dolor.²¹⁸

En contraste, el Dr. Víctor Ruiz Velazco de la Ciudad de México, prefería el método inglés sobre el francés, criticaba el trabajo del doctor Gazca y consideraba a la técnica “Read” como más efectiva. Velazco aseguraba haber experimentado de primera mano la técnica inglesa, y consideraba que era mejor porque no solamente se enfocaba en evitar el dolor; sino que en éste había un enfoque más insistente en “lograr una futura madre lleve un embarazo sin temores, sin ansiedades”. Adicionalmente, el estilo inglés proponía una interdisciplinariedad de los parteros con las áreas de la pediatría, puericultura y fisioterapia.²¹⁹

Advertía que la aplicación de la profilaxis que había hecho el Dr. Gazca en el nosocomio de “Guadalupe” no era correcta, por haberse realizado en una institución privada y sin el apoyo necesario. Ruiz Velazco comentaba que en Europa, a diferencia de México. la aplicación de la psicoprofilaxis si estaba más avanzada gracias a los apoyos gubernamentales. Por ende, recomendó al Dr. Gazca difundir folletos para que más mujeres se familiarizaran con el método. Velazco invitaba al Dr. Gazca a que replicara la labor del Hospital Hammersmith en Londres, donde se explicaba el método a las embarazadas se les explicaba el método y se les pedía su consentimiento para aplicarlo. Según Ruiz Velazco, la profilaxis debía realizarse

²¹⁷ Gazca, “Parto indoloro psicoprofiláctico”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año XIV, n.78, ene-feb, 1959, pp. 3-18.

²¹⁸ Gazca, “Parto indoloro psicoprofiláctico”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año XIV, n.78, ene-feb, 1959, pp. 8-19.

²¹⁹ Ruiz, “Comentario al trabajo anterior”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año XIV, n.78, ene-feb, 1959, pp. 22-23.

solo a "voluntarias seleccionadas" y excluir a aquellas que contaran con antecedentes de fetos muertos, malformados o que fueran solteras embarazadas.²²⁰

Años más tarde, en 1968, el Dr. Manuel Mateos se refirió al fenómeno de la "tecnificación de la naturalización del parto" para referirse a la profilaxis, una técnica que definía como una experiencia más auténtica y libre de fármacos en el alumbramiento. Mateos criticaba el abuso de técnicas quirúrgicas y la administración excesiva de medicamentos era nocivo; al respecto que era "una tecnología que desconecta psicológicamente a la mujer del proceso expulsivo, restándole vivencia". Aunque no compartía la postura antagónica frente a la anestesia de Read, Nikolaiev, Velovsky y Lazame, grandes defensores del parto psicoprofiláctico, Mateos abogaba por combinar el uso de anestesia con la psicoprofilaxis.

En México, Mateos reconocía que la adaptación de "la psicoprofilaxis obstétrica tecnificada" no había sido tan exitosa como en Francia, Inglaterra, China, Rusia, en ciertos países nórdicos y Sudamérica. En México su implementación formal se dio a inicios de los sesenta.²²¹ Aunque en la historiografía se ha señalado que esta técnica era poco conocida entre los médicos capitalinos en la década de los setentas, la investigación de Mateos Fournier deja ver lo contrario, pues el método fue discutido en los principales hospitales de la capital desde finales de los cincuenta e involucró tanto a ginecobstetras como a psicólogos. Si bien su divulgación no fue tan masiva por falta de presupuesto o capacitación, fue un tema de interés y discusión en el gremio, ya que era un método donde las mujeres eran más participativas del parto, experimentaban menos dolor y estrés, lo que a su vez se traducía en menos tiempo de trabajo en el quirófano.

Incluso, el propio Mateos refería que, en 1964, una las pioneras en emplear el método, fue la doctora Graciela Ongay, quien trabajaba en el área de bioquímica en la UNAM y en el Instituto de Cardiología en la capital. La médica Graciela Ongay se fue a estudiar a París el método psicoprofilaxis, y al regresar a México, cooperó

²²⁰ Ruiz, "Comentario al trabajo anterior", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año XIV, n.78, ene-feb,1959, pp. 23-24.

²²¹ Véase Norquist, "Señora usted decide", 2020, p.162.

con la difusión de la teoría del mismo en la organización de reuniones informativas, mesas redondas, terapias físicas y técnicas de relajación.²²²

La colaboración de Ongay fue fundamental en la creación del Servicio de Psicoprofilaxis, el cual se integró por "psiquiatras, preparadoras, médicos, enfermeras y con participación de residentes e internos". En 1964, elaboraron un ensayo clínico, se prepararon a 144 mujeres para dar a luz por medio de este método, de las cuales 64% tuvo buenos resultados, 14% regulares, 23% malos y 6% tuvieron que pasar por cesárea. A pesar de los resultados, el Dr. Manuel Mateos opinaba que la psicoprofilaxis no debía remplazar en su totalidad a la anestesia. Si bien el método contribuía a la tranquilidad de la madre, reducía la angustia, y mejoraba el ambiente de parto; en casos que se tornaran más complicados, el manejo del dolor podía resultar insuficiente.²²³

Además de las estrategias para manejar el dolor en la ginecología, surgieron otras discusiones sobre cómo enfrentar con las dificultades de los partos. Esas problemáticas representaban un desafío para los parteros, quienes debían resolverlos con precaución y compromiso por salvar la vida de las madres y los feto. Entre los temas de inquietud se encontraban los mecanismos para abreviar el parto, el uso adecuado de fórceps, la falta de oxígeno en el feto, la mortalidad materna, la multiparidad, las condiciones para realizar una cesárea y la nutrición en la gestación.

Por ejemplo, el uso de fórceps no era una práctica apreciada por algunos médicos.²²⁴ El director de la Maternidad de la SSA, Antonio Sordo Noriega, expresó en 1947, que era esencial la vigilar el trabajo de parto para evitar complicaciones de

²²²Mateos, "Comentario al trabajo 'Experiencia clínica con el método psicoprofiláctico'", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. XXIII, febrero, 1968, pp. 221-223.

²²³Mateos, "Comentario al trabajo 'Experiencia clínica con el método psicoprofiláctico'", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. XXIII, febrero, 1968, pp. 223-225.

²²⁴ Romo Norquist comenta que para los setentas en "el proceso de medicalización del parto" de las mujeres ciudadanas era "dado por hecho que los bebés nacían en clínicas, con la anestesia raquídea y el fórceps de por medio"; sin embargo, las fuentes analizadas para esta investigación han mostrado que para los médicos, el uso de fórceps representaba un temor por los daños físicos que podía causar el instrumento al cuerpo de los bebés, y en especial, porque si la madre o el hijo tenían algún problema de salud, o incluso alguno de los dos fallecían, la responsabilidad legal recaía sobre los mismos galenos, lo que generaba un riesgo profesional para los ginecologistas. Por ello, los médicos procuraban utilizar los fórceps de manera controlada y solo cuando era estrictamente necesario. Véase Norquist, "Señora usted decide", 2020, p. 160.

salud en el recién nacido o incluso su muerte. Sin embargo, reconoció que ante la presencia de obstáculos en el alumbramiento, era necesario considerar realizar cesáreas o el uso de fórceps, aunque este último no era su método preferido, tal y como se reflejaba en comentarios como este.²²⁵

Un mal fórceps es peor que un mal amigo, ya que además de las lesiones por él causadas que podemos apreciar en el recién nacido de inmediato y aquellas cuyas consecuencias observamos durante los primeros días de la vida, existen lo que llamaríamos lesiones lejanas originadas por su aplicación que muchas veces traen trastornos irreparables en la evolución mental de quien sufrió su aplicación, al correr de los años.

De los archivos del Manicomio General de la Castañeda y de Instituto de Psicopedagogía e Higiene, se deduce que de los retrasados mentales estudiados en dichas Instituciones muy cerca del 30% de ellos no tienen más causa que puedan explicar el retraso mental que la de haber nacido, por aplicación de fórceps.²²⁶

En esta reflexión sobre el uso de fórceps, se reconocía que, aunque era una herramienta para salvar vidas, causaba lesiones a la madre y al bebé. Los médicos tenían opiniones divididas, pues algunos valoraban los fórceps como un instrumento vital, mientras que otros señalaban con preocupación los riesgos de lesiones o fallecimientos. Por ello recomendaban su uso solamente en casos extremos. Aunque podían sustituir la fuerza de las contracciones en el útero y acelerar el parto,²²⁷ su utilización podía generar traumatismos craneoencefálicos que posteriormente generaban hipoxias. Doctores como Castelazo Ayala de la Maternidad No.1 del IMSS a finales de los cincuenta, sugerían que, en casos de hipoxia, optar por anestesia y cirugía en lugar de fórceps.²²⁸ A pesar de sus riesgos, los médicos no pensaban en eliminar su uso, pues eran un artefacto indispensable en casos de emergencia.

²²⁵ Sordo, "Cuidados inmediatos del recién nacido", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, n.4, jul-ago, 1947, pp. 281-282.

²²⁶ Sordo, "Cuidados inmediatos del recién nacido", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, n.4, jul-ago, 1947, p. 282.

²²⁷ Alanís y Salinas, "Juicio crítico sobre los recursos modernos de la obstetricia en el Parto normal", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, n.2, mar-abr, 1957, pp. 133-134.

²²⁸ Castelazo, "Hipoxia durante el parto", *Gaceta Médica de México*, tomo 90, n. 10, octubre, 1960, pp. 853-858.

De igual manera, los ginecobstetras buscaban reducir los tiempos en la sala de parto para controlar mejor el proceso, disminuir el sufrimiento de las pacientes y facilitar las labores médicas. Las formas de abreviar los partos eran por medio del suministro de oxitocina,²²⁹ los sedantes, la dilatación manual del útero, la episiotomía²³⁰ y el uso de fórceps. Todos esos métodos contribuían a mejorar una eficiencia hospitalaria al liberar espacios y recursos. Sin embargo, pese a que estas medidas ayudaban a reducir el sufrimiento y facilitar el trabajo de los médicos, también representaron una forma de medicalización excesiva del cuerpo de la mujer gestante durante el parto, donde su experiencia y autonomía quedó subordinada a intereses técnicos y de logística en los espacios hospitalarios.

Finalmente, debido al aumento poblacional entre 1940 y 1970, el fenómeno de la multiparidad se volvió más común y preocupante para los galenos. La multiparidad ocurrió en todos los estratos sociales y era un factor que generaba complicaciones en el embarazo, parto, y puerperio, por lo que el riesgo de muerte era mayor aquellas mujeres con esa situación. Para enfrentar este problema, los médicos recomendaban un monitoreo riguroso de la salud de las multíparas en la etapa prenatal, y la aplicación de procedimientos “seguros y benignos”. Aunque estas mujeres corrían más riesgo de morir por el desgaste físico de su cuerpo, se les veía como cumplidoras “de su noble y abnegada misión de la maternidad”. El doctor Díaz, frente a las dificultades de la multiparidad, ofrecía con mucha cautela la solución, emplear una “planeación familiar consciente digna y generosa”,

²²⁹ La oxitocina es un fármaco en presentación líquida que se suministra por vía intravenosa, su empleo es para inducir el parto e intensificar las contracciones, aunque también es útil para aminorar el sangrado postparto. “Inyección de oxitocina”, *Medline Plus*, <<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682685-es.html>> [Consulta: 21 de abril de 2023.]

²³⁰ La episiotomía es un procedimiento en el cual se realiza un corte desde la vagina al ano, en la zona perineal. Durante el siglo XX se realizaba debido a la creencia de que ésta podría prevenir desgarros vaginales durante el parto; no obstante, se ha descubierto que la episiotomía no es tan efectiva porque su recuperación requiere de más tiempo que un desgarro ocurrido de manera natural en el parto. En la actualidad, se recomienda su uso solo en caso de complicaciones en donde el bebé esté atorado en el hueso pélvico, cuando la frecuencia cardíaca fetal se encuentre elevada y en ocasiones donde se vayan a emplear fórceps. “Trabajo de parto y parto, cuidado de postparto”, *Mayo Clinic*, <<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/episiotomy/art-20047282?p=1>> [Consulta: 21 de abril de 2023.]

resaltaba la importancia de proteger la vida de todas las madres antes de ponerlas en peligro.²³¹

En suma, el manejo del parto durante este periodo demuestra cómo el discurso médico dominante se preocupó por establecer estrategias para mitigar el dolor, principalmente con el objetivo de optimizar los tiempos hospitalarios y facilitar el trabajo de los médicos. En una ciudad tan densamente poblada como la ciudad de México, el tiempo en las salas de parto, se convirtió en una prioridad. De este modo, la práctica médica subordinó la experiencia del parto a detalles técnicos y logísticos, lo que derivó en una gestión más determinante del cuerpo femenino, percibido como un cuerpo *productivo*. Las mujeres gestantes, bajo esta perspectiva, fueron vistas como sujetos pasivos que eran atendidos bajo las prerrogativas del sistema médico estatal, el cual enaltecía su rol de la mujer como madres. No obstante, ello no significó que fuera de estos discursos y normas, las mujeres no hayan encontrado formas de lucha y negociación con el poder.

La introducción limitada de la psicoprofilaxis en el manejo del dolor sin anestesia, representó una pequeña resistencia a la tecnificación del parto; sin embargo, no la reemplazó. A pesar de promover un parto más consciente y menos medicalizado, la psicoprofilaxis no pudo sustituir a un sistema médico que ya había definido el tratamiento del dolor en el parto desde el uso de fármacos. Lo anterior nos permite entender que la gestión del parto significó mucho más que procedimientos y técnicas; pues también fue una manifestación del poder estatal y médico sobre el cuerpo femenino, con seguramente implicaciones relevantes en la vida de las mujeres de la época, como el enfrentarse a procedimientos que eran desconocidos para su cuerpo, confiar plenamente en los médicos y perder el pudor.

²³¹ Díaz, "El manejo de la gran múltipara", *Gaceta Médica de México*, s/m, tomo 97, núm. 10, 1967, pp. 1271-1277.

2.5 Retos por la salud reproductiva y la planificación familiar: aborto, anticoncepción, desafíos éticos y morales

Durante el periodo de estudio, el debate sobre la preservación de la vida de la madre y el feto fue un tema recurrente en el gremio de los médicos. Este dilema ético se presentaba cuando la salud de las pacientes estaba en peligro y obligaba a los galenos a tomar decisiones difíciles como llevar a cabo la interrupción del embarazo, lo que generaba un gran conflicto moral. En ocasiones, se veían forzados a adoptar medidas drásticas que incluían tanto la realización de abortos, como el uso de métodos anticonceptivos para prevenir gestaciones riesgosas y problemas ginecológicos en un futuro.

Con el tiempo, los ginecobstetras reconocieron la necesidad de tomar acciones para intentar mejorar la salud reproductiva de las mujeres y comenzaron a discutir posibles alternativas de cuidado desde la medicina. Sin embargo, es importante destacar que estos debates ocurrieron de forma muy lenta, y en muchos casos, no respondieron a las necesidades de las mujeres. Este apartado explora las soluciones para preservar la salud femenina, particularmente sobre las mujeres que contaban muchos hijos que no deseaban volver a embarazarse, las que deseaban planear su maternidad, y las que enfrentaban riesgos que podían agravar sus patologías preexistentes. Los temas que sus narrativas discutieron fueron el aborto, el uso de anticonceptivos y la planificación familiar. Tópicos, que se abordados desde el ámbito científico, pero que también desde los valores morales de los médicos.

El aborto fue usualmente entendido como un procedimiento desafortunado dentro de la ginecobstetricia y, en general, en todas las ramas de la medicina. Entre las décadas de 1940 y 1950, los ginecólogos se resistían a realizar interrupciones de la gestación y criticaban el procedimiento. Clasificaban el aborto en tres categorías: el provocado, el espontáneo y el “terapéutico”. El aborto provocado se inducía de manera violenta, utilizaba métodos como “purgantes, enemas, punciones”, entre otros métodos. Respecto a este tipo de interrupción del embarazo, los médicos coincidían en que se debía hacer todo lo posible por salvar al feto

prematureo y permitir que continuara su desarrollo fuera del vientre materno con apoyo artificial.²³² Por otro lado, el aborto espontáneo se atribuía a problemas anatómicos, hemorragias, infecciones o por la mala dieta de las pacientes. Según los médicos, para evitar este tipo de aborto se recomendaba el “reposo físico y mental absoluto de las enfermas”, así como un suministro vigilado de hormonas como el estrógeno, la administración de medicamentos y vitaminas.²³³

El “aborto terapéutico” se realizaba cuando problemas de salud impedían que la madre continuara con el embarazo o ponía en riesgo su vida. A pesar de que había una justificación médica para emplearlo, muchos ginecólogos expresaban su inconformidad ética y moral sobre esta práctica. El doctor Bernardo Gastélum opinaba que el “aborto terapéutico” no debía llamarse así, dado que una terapia implicaba sanar, y la interrupción del embarazo, no sanaba, sino que terminaba con la vida del “futuro ser”. Por lo tanto, proponía no detener la gestación, argumentaba que, incluso si la mujer estaba enferma, podía continuar con el embarazo mientras recibía tratamiento para su patología; prefería un parto prematuro que un aborto. Las únicas condiciones en las que veía factible una interrupción eran en casos de insuficiencia cardíaca o fiebre amarilla, aunque aún en esos casos, Gastélum abogaba por emplear cuidados para intentar que la mujer completara su embarazo.²³⁴

Algunos de sus colegas que trabajaban en hospitales públicos de la ciudad de México compartían su opinión. Por ejemplo, el Dr. David Fregoso del Hospital Juárez afirmaba que, en su experiencia que en “diez años o más no se ha practicado el aborto con fines curativos y no hay condición materna, fetal ni ovular que lo justifique”. De manera similar, el director de la Maternidad No.1 del IMSS, Luis Castelazo Ayala comentaba: “No se ha practicado el aborto en ningún caso y considero que sus indicaciones en la actualidad han desaparecido

²³² Septién, “Tratamiento de la amenaza de aborto”, *Revista de Medicina y Ciencias Afines*, tomo 7, Año 7, núm. 79, 1949, p. 457.

²³³ Septién, “Tratamiento de la amenaza de aborto”, *Revista de Medicina y Ciencias Afines*, tomo 7, Año 7, Núm. 79, 1949, pp.469-476.

²³⁴ Bernardo Gastélum, “¿Es el aborto provocado un recurso terapéutico?”, *Gaceta Médica de México*, vol.89, núm.5, 1959, pp.451-455.

prácticamente”.²³⁵ Alcibíades Marván, en 1959, también expresaba que el aborto no se debía realizarse, ni siquiera en mujeres con cáncer o cardiopatías, ya que para estas condiciones, los cardiólogos podían realizar cirugías cardiovasculares y tratar su situación. En el caso del cáncer, la enfermedad inevitablemente seguiría avanzando en el cuerpo, por lo que no consideraba que el aborto no haría ninguna diferencia.²³⁶ La práctica del aborto era vista como una violación tanto a la ética, como a la moral de la profesión médica.

Hacia la década de los sesenta y principios de los setenta, las definiciones y posturas con respecto al aborto no se modificaron realmente, pero sí comenzaron a buscarse alternativas para evitarlo en la sociedad. Una investigación sobre los abortos ilegales en la ciudad de México dentro del Hospital de Ginec Obstetricia No.1 del IMSS, elaborada entre 1961 y 1966; reveló que entre 4500 y 6300 mujeres habían sido ingresadas al nosocomio por sospecha de aborto. Este estudio presentado en 1970, por el doctor Luis Castelazo, y la psicóloga clínica Ofelia J. De Fernández, señalaba que al menos el 53% de esas mujeres había tenido un aborto provocado. Ambos descubrieron que el perfil de estas mujeres correspondía a jóvenes de entre 24 y 35 años, el 89% casadas por el civil y la iglesia, el 64% ganaban el salario mínimo, y 40% contaba con 2 a 4 hijos. Las mujeres acudían a realizarse el aborto con médicos, parteras con y sin título, y en algunas ocasiones, se lo practicaban el aborto ellas mismas.²³⁷ Esa situación reflejaba la resistencia de la comunidad médica a realizar un aborto como una opción de cuidado y apoyo institucional para mujeres que ya tenían hijos y se encontraban en situaciones socioeconómicas precarias, así como la falta de una política de planificación familiar clara en la capital y en el país para mediados de los sesenta.

Lo que preocupaba a los médicos era que, según sus cálculos, se realizaban entre 50 y 75 abortos ilegales por cada 100 partos. Ante este panorama,

²³⁵ Bernardo Gastélum, “¿Es el aborto provocado un recurso terapéutico?”, *Gaceta Médica de México*, vol.89, núm.5, 1959, p.453.

²³⁶ Alcibíades Marván, “Comentario al trabajo del Dr. Bernardo Gastellum”, *Gaceta Médica de México*, vol.89, núm.5, 1959, pp.459-461.

²³⁷ De Fernández y Castelazo, “Estudio epidemiológico comparativo entre pacientes con y sin antecedentes de aborto ilegal”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 28, núm. 166, agosto, 1970, pp. 209-218.

consideraban que la interrupción ilícita del embarazo era un tema de gran importancia, lo concebían "...como sumamente complejo, grave en consecuencias, estadísticamente importante, muy costoso, poco estudiado y de difícil solución y en el que influyen múltiples aspectos en todas las esferas, personales como físicas, mentales y sociales; familiares e institucionales y nacionales".²³⁸

Castelazo y J. De Fernandez eran conscientes de que el aborto representaba un "campo de extremo interés la limitación de la familia para la población femenina en edad reproductiva". Sin embargo, consideraban que eso no justificaba que las mujeres recurrieran a dichos métodos, y las culpaban de no estar lo suficientemente informadas. Mencionaban como alternativas los anticonceptivos o el control de la fertilidad para no abortar, pero sabían que eran opciones caras, así que sugerían a la población femenina mantenerse en ubicaciones cercanas a los hospitales del seguro social para evitar muertes maternas o fetales innecesarias. El aborto tenía que ser un tema de estudio porque México tenía una población diversa, y consideraban que su investigación a profundidad ayudaría a solucionar otros problemas como el de la planificación familiar. Además, pensaban que sería útil establecer programas que fomentaran "una paternidad y maternidad más responsables", pues al final reconocían que la planeación en el número de hijos para las mujeres era una necesidad que se estaba expresando en la sociedad.²³⁹ Aunque este enfoque hablaba de que una mejora en la educación y en el acceso a métodos anticonceptivos podría reducir la tasa de abortos, también destacaba una perspectiva que responsabilizaba a las mujeres por falta de información, el cual no tomaba en cuenta sus dificultades socioeconómicas.

A pesar de la evidente problemática de mujeres que abortaban de forma ilegal o por ciertos problemas de salud, pocas acciones se promovieron desde el gremio para resolver ese desafío. Los anticonceptivos como método para evitar complicaciones generadas por intentos de aborto, se llegaron a utilizar con poca

²³⁸ De Fernández y Castelazo, "Estudio epidemiológico comparativo entre pacientes con y sin antecedentes de aborto ilegal", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 28, núm. 166, agosto, 1970, pp. 209-218.

²³⁹ De Fernández y Castelazo, "Estudio epidemiológico comparativo entre pacientes con y sin antecedentes de aborto ilegal", *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 28, núm. 166, agosto, 1970, p. 149-151.

frecuencia y aprobación entre 1940 y 1950; pues no fue, sino hasta finales de los sesenta y comienzos de los setenta, cuando se pensaron como una opción válida para planear los embarazos y evitar interrupciones de los mismos, aunque su uso no fue aprobado por todos los ginecólogos.

Los métodos anticonceptivos comenzaron a escucharse con mayor frecuencia en el discurso médico en la década de los cincuenta. En 1957, el doctor Antonio Sordo Noriega entendía a las “prácticas anticoncepcionales” como aquellas que prevenían la fecundación y permitían tener relaciones sexuales sin que ocurriera un embarazo. De manera contundente afirmaba que el control de la natalidad era “un acto de cobardía”, pues implicaba anteponer el placer sexual sobre el acto de tener hijos. Antonio Sordo pensaba que la anticoncepción era corromper a la salud moral y que las consecuencias que traía podían ser fatales para la salud de la mujer, pues algunos anticonceptivos podrían generar endometriosis o causar daños irreversibles en el aparato reproductor femenino. Sobre el placer y el sexo frecuente, señalaba que el sistema nervioso sufriría daños y ocasionar histerismo en las mujeres.²⁴⁰

Antonio Sordo consideraba como técnicas de anticoncepción que contemplaba eran la ligadura de trompas, la continencia periódica, la fecundación artificial y el aborto provocado o “terapéutico”. En general, Sordo clasificaba estos métodos peligrosos y poco necesarios porque dentro de su perspectiva, era mejor que las mujeres cumplieran con su labor biológica de tener hijos; por consiguiente, perdía de vista los posibles problemas socioeconómicos a los que se enfrentaban las mujeres y en los que podían necesitar de las “prácticas anticoncepcionales”. Desde la visión de este médico, las técnicas para evitar embarazos representaban un inconveniente para el “equilibrio familiar” porque transgredían los valores y normas morales, que eventualmente provocarían infidelidades de las esposas y los esposos en los matrimonios.²⁴¹ Su postura era claramente conservadora, porque

²⁴⁰ Sordo, “Algunos problemas de ética en Gineco-Obstetricia”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 12, núm.2, marzo-abril, 1957, pp.319.

²⁴¹ Sordo, “Algunos problemas de ética en Gineco-Obstetricia” *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 12, Núm.2, marzo-abril, 1957, pp.319-323.



colocaba en segundo lugar las necesidades y la autonomía de las mujeres gestantes, priorizaba el ideal de la familia y el lugar de la procreación dentro de ella.

Para 1967, el director del Departamento de Investigación Médica del American British Cowdray Hospital (ABC), el doctor Manuel Mateos, comenzó a considerar los anticonceptivos orales como una opción eficaz para la planificación de embarazos. Su postura se sostenía en la necesidad de resolver el problema de la automedicación presente en la sociedad, de la falta de asistencia a los servicios de salud por parte de la población femenina, y la negación de algunos médicos a recetar estos medicamentos. Así que justificar el uso de los fármacos se explicaba sobre el contexto de:

El indudable auge del control de la fecundidad con fundamento a la Planeación Familiar, a la profilaxia del aborto provocado, al problema del hijo no deseado, a la desintegración del núcleo familiar y a la delincuencia o prostitución, además del equilibrio entre recursos naturales y población, ha hecho que los médicos y en especial los ginecólogos fijemos, la atención en los compuestos esteroides estrogénicos y progestacionales que hasta la fecha se han manifestado como el medio más eficaz para controlar la fecundidad de la pareja que así lo desea.²⁴²

Debido a lo anterior, este médico creía urgente la implementación de anticonceptivos. Proponía la prescripción de estos medicamentos se realizara de forma controlada y avalada por todos los galenos; siempre bajo los criterios de lo académico y científico, y sin perder de vista la salud de las mujeres. Aunque reconocía los efectos adversos que podrían causar los anticonceptivos, como “ansiedad, nerviosismo premenstrual, irritabilidad, frigidez, ausencia o disminución de la libido”, seguía convencido sobre los beneficios que traería su uso generalizado. En última instancia, sostenía que la falta de anticoncepción era también un problema que también se debía a la “mezcla emulsionada de puritanismo sexofóbico y actitud moraloide” que muchos de sus colegas manifestaban.²⁴³

²⁴² Mateos y Rutrián, “Metodología de una investigación en la tercera etapa de estudio de anticonceptivos orales”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 22, ene-feb, 1967, p. 147.

²⁴³ Mateos y Rutrián, “Metodología de una investigación en la tercera etapa de estudio de anticonceptivos orales”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 22, ene-feb, 1967, pp.147-149.

Como es apreciable, la opinión de los galenos conforme a los anticonceptivos cambió de manera gradual y se presentó en los ensayos clínicos elaborados entre 1969 y 1970. Un ejemplo de ello fue la participación de pacientes del Hospital de Gineco-obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional y del Hospital Gineco-Obstetricia No.3 del IMSS en la capital en tales estudios. Las sustancias que se utilizaron en como anticonceptivos en esos estudios fueron la clormadinona y el mestranol, y al administrarlas, se informó a las pacientes sobre los efectos adversos de los medicamentos.

El primer estudio fue realizado en 1969, dentro de las instalaciones del Centro Médico Nacional, y las mujeres que se tomaron en cuenta para el mismo eran de “buena condición socioeconómica” y profesionistas, o esposas de profesionistas. Fue un grupo de 70 mujeres de menos de cuarenta años, a las cuales se les capacitó para que tomaran adecuadamente el medicamento y no lo omitieran. Se les advirtió sobre los efectos de sangrado y posibles embarazos en dado caso que los medicamentos no sirvieran en su cuerpo. Como resultado, se observó una reducción de los sangrados a medida que se prolongó la ingesta del medicamento, y de las 70, solamente 6 mujeres salieron embarazadas por omisión de tomas del medicamento.²⁴⁴No obstante, este estudio al haberse enfocado en un sector de la población con mejores condiciones económicas, pudo haber limitado sus posibilidades de uso, por lo que se consideró necesario extender la investigación a mujeres en distintas situaciones de salud.

Al siguiente año, en el Hospital Gineco-Obstetricia No.3, se tomaron en cuenta 67 mujeres que padecían enfermedades que ponían en riesgo su vida, como diabetes, hipertensión, asma, insuficiencia renal, entre otras. Al final del estudio, 51 pacientes completaron el tratamiento con anticonceptivos orales, y a pesar de los efectos adversos del medicamento, éste demostró ser efectivo. A través de estas modestas investigaciones se abrieron caminos para asegurar una mejor salud reproductiva y proponer políticas más contundentes hacia una planificación familiar.

²⁴⁴ Morales y Flores, “Efectos secundarios con un nuevo método anticonceptivo” *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 24, vol.25, núm.148, feb, 1969, pp. 197-202.

En el año de 1974, algunos médicos como Sergio Correu y Allan Keller, pertenecientes a la Fundación para Estudios de la Población A.C., subrayaron la necesidad de crear programas clínicos más contundentes para la planificación familiar. Identificaron que uno de los principales problemas por los que la planificación familiar no había sido efectiva en la primera parte de la década de los setenta, era debido a la deserción de las mujeres de los programas. Para estudiar más a fondo la problemática, realizaron un estudio en 84 clínicas en el Distrito Federal, cuyos resultados arrojaron que las ciudadanas abandonaban los métodos de anticoncepción (orales, inyectados o el DIU), debido a las siguientes causas: temor a los efectos secundarios, expulsión del DIU, problemas económicos, salían de la ciudad, embarazos por ineficiencia del método, deseos de quedar embarazadas, no tenían con quién dejar a los niños o se negaban a atenderse.²⁴⁵

Como respuesta a estas deficiencias detectadas en las estrategias de planificación familiar emergentes, ambos galenos propusieron la creación de programas informativos para que las mujeres estuvieran advertidas de los efectos colaterales y enfrentaran los temores o “prejuicios difundidos por literatura corriente o aun dada por profesionales con escasa información”. Asimismo, recomendaron el uso de los medios masivos “para educar a los esposos y así evitar su oposición”, también planteaban la necesidad de acercar los servicios de planificación familiar a las zonas en las que fuera “más evidente el problema”. En conjunto, estas acciones contribuirían a evitar deserción de las mujeres y ayudarían a concretar el programa de planificación familiar.²⁴⁶

En suma, a través de este apartado se han podido apreciar las diversas opiniones de los ginecobstetras respecto a temas controversiales como el aborto, la anticoncepción y la planificación familiar. Durante las décadas de 1940 y 1950, el discurso médico se caracterizó por una fuerte oposición a las técnicas anticonceptivas. Las consideraciones éticas y morales se priorizaron en función de

²⁴⁵ Correu y Keller, “Tasas y razones de deserción de pacientes que acuden a clínicas de planificación familiar”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 29, vol. 36, núm.218, diciembre,1974, p. 359.

²⁴⁶ Correu y Keller, “Tasas y razones de deserción de pacientes que acuden a clínicas de planificación familiar”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, año 29, vol. 36, núm.218, diciembre,1974,p. 363.

la vida del feto y del mantenimiento de roles tradicionales de género, en pleno auge del pronatalismo, donde las mujeres tenían la obligación y destino corporal de ser madres. Sin embargo, frente a la creciente densidad poblacional de las zonas urbanas durante 1960 y 1970, estas posturas comenzaron a cambiar, lo que llevó a una gradual aceptación de la planificación familiar.

Los médicos en la ciudad de México experimentaron dilemas conforme a la realización del aborto en las mujeres gestantes y el impulso de estrategias de planificación familiar. A pesar de los avances médicos y las políticas implementadas, no lograron abarcar las necesidades de las mujeres en condiciones de pobreza, pues el enfoque de investigación en las clínicas del IMSS usualmente tomaba en cuenta a población de clase media, por lo que sus estudios no integraron a varias realidades socioeconómicas. Además, la falta de educación y acceso a la información del funcionamiento del cuerpo femenino, evidenció la urgente necesidad de programas más efectivos que orientaran sobre el uso de anticonceptivos. La influencia de la Iglesia Católica, y la persistencia de una cultura de género que condenaba el uso de anticonceptivos, junto con la estigmatización del aborto, relegaba a las mujeres a roles tradicionales, que por lo regular limitaron la efectividad de ciertas estrategias. Ante esta situación, algunos médicos admitieron el papel de los medios masivos de comunicación como una herramienta para informar y persuadir sobre su uso, no solo a las mujeres, sino también a sus esposos.

2.6 Conclusiones

A lo largo de este capítulo, hemos explorado cómo el discurso médico en torno a la salud reproductiva femenina entre las décadas de 1940 y 1970, se entrelazó con nociones de moralidad, productividad, y control médico sobre el cuerpo de la mujer gestante. Los ginecobstetras entendieron los procesos biológicos del embarazo, parto, y puerperio como "ritos de paso" esenciales que convertían a las mujeres en madres, y que, por tanto, merecían una atención particular. No obstante, esa atención se encontraba influenciada por valores morales y sociales conservadores

que perdían de vista la autonomía femenina. A su vez, la consolidación del gremio con la formación de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, permitió implementar un enfoque más sistemático en el cuidado de la salud femenina, pero también reforzó una visión donde la maternidad se percibía como un destino natural y obligatorio del cuerpo femenino.

Además, se pudo comprobar que los médicos operaban con una mezcla de nociones científicas y valores morales propios de la época, lo que se reflejó en los tratamientos y recomendaciones que recibieron las mujeres, especialmente aquellas de clase media y baja. En varias ocasiones, estas mujeres no solo recibieron indicaciones médicas objetivas, sino también consejos basados en juicios morales, que reforzaban aún más los estereotipos de género. La atención médica se centró en la maternidad como eje principal, pero también se guió por el uso de innovaciones tecnológicas y farmacológicas. Sin embargo, las expectativas que los médicos tenían sobre el comportamiento de las mujeres gestantes, en muchas ocasiones resultaron difíciles de cumplir, pues no tomaban en cuenta las realidades socioeconómicas y culturales de las pacientes.

Finalmente, este capítulo ha evidenciado cómo los discursos médicos sobre la maternidad y la salud reproductiva no solo reflejaron las preocupaciones científicas de la época, sino que también estuvieron profundamente influenciados por las normas socioculturales y políticas de la cultura de género. La medicalización del embarazo y el parto, junto con las discusiones éticas y morales en torno al aborto y la anticoncepción, dan cuenta de cómo la medicina se convirtió en una herramienta para mantener y reforzar el orden social. Adicionalmente, la promoción de una política pronatalista sin una clara perspectiva de salud reproductiva generó importantes desafíos, que llevaron a muchas mujeres a recurrir a abortos y medios clandestinos de anticoncepción, problemáticas que con frecuencia fueron abordadas con poca efectividad y mediante medidas de planificación familiar difusas. Posterior a 1974, en el periodo que ya no comprende a esta investigación, se implementaron políticas de planificación familiar y anticoncepción con mayor fuerza, pues poco a poco los tabúes sobre la sexualidad fueron disminuyendo.

Capítulo III. La Iglesia y la Acción Católica: estrategias por la permanencia de la madre amorosa y fecunda

Introducción

Este capítulo tiene como propósito analizar los discursos sobre las mujeres enunciados por la Iglesia y la Acción Católica Mexicana (ACM). Destacaremos cómo a través de sus dinámicas de poder, ambas instituciones promovieron modelos de feminidad centrados en los roles de la madre y esposa. Estos modelos instrumentalizaban el cuerpo femenino como un recurso esencial para sostener dichos ideales, lo que contribuía a normar su conducta, las pautas de reproducción y el orden social.²⁴⁷ Tales estrategias discursivas solo fueron posibles gracias a la alianza entre la Iglesia y el Estado durante el periodo de estudio, sustentada en el acuerdo del *modus vivendi* que dio fin al anticlericalismo estatal.

Este acuerdo fue evidente desde finales de los treinta a inicios de los sesenta. Durante ese tiempo, las relaciones entre el Estado y la Iglesia fueron estrechas, a tal grado que en 1965, el propio Cardenal José Garibi Rivera²⁴⁸ afirmó, que la Iglesia en México era bien respetada por el gobierno.²⁴⁹ Sin embargo, como se verá en este capítulo, esa alianza político-religiosa que surgió en la Guerra Fría comenzó a desmoronarse a mediados de los años sesenta, cuando las tensiones

²⁴⁷ La vigilancia de la sexualidad del cuerpo femenino en ese contexto fue fundamental, no solamente para establecer las reglas de las relaciones sexuales y las dinámicas de socialización con las parejas, sino también para establecer un ritmo en la reproducción y las necesidades sociales de mantener una alta densidad poblacional en el periodo. Foucault señala al respecto que, a partir del siglo XIX, con los problemas de salud, las epidemias, la prostitución y la contaminación surgidos en las sociedades industriales, apareció la necesidad de una "tecnología de control" de vigilancia del cuerpo y su sexualidad. Esta regulación incluyó políticas poblacionales, de la higiene pública y la medicalización. Este fenómeno tuvo un impacto en las políticas occidentales aplicadas en México en la segunda mitad del siglo XX, no solo por el Estado, sino también por la Iglesia, que, con sus enfoques, ambos establecieron controles sobre el cuerpo gestante y priorizaron las normativas sobre la organización de la población. Foucault, *Historia de la sexualidad I*, pp. 153-154.

²⁴⁸ José Mariano Garibi Rivera (1889-1972), fue nombrado cardenal por el Papa Pablo XXIII en 1958 y participó en las discusiones del Concilio Vaticano II. S/a, *Garibi*, 2024, <<https://www.jalisco.gob.mx/es/jalisco/jaliscienses/garibi-rivera-jose>> [Consulta:12 de junio de 2024.]

²⁴⁹ Blancarte, *Historia de la Iglesia*, 1993, pp.185-186.

derivadas de los movimientos sociales y el autoritarismo estatal acentuaron diferencias entre ambas instituciones.

La Iglesia aprovechó esa unión político-religiosa para promover sus propios valores y perspectivas, por lo que precisó de la colaboración de la Acción Católica Mexicana (ACM) para difundirlos.²⁵⁰ Esta asociación, a través de sus diversas agrupaciones de laicos, desempeñó un papel relevante en la difusión de los valores católicos entre la población. Desde su creación, se le encomendó la tarea de la "re Cristianización", cuyo objetivo era combatir la secularización en el "campo moral, social, cívico y político". Esa labor se articulaba mediante la acción de los laicos como 'apóstoles', cuyo propósito era "actuar sobre las masas", en obediencia de la jerarquía eclesial y bajo los "lineamientos doctrinales de la Iglesia". Así, se esperaba que los católicos orientaran sus acciones conforme a los ideales promovidos por la ACM, que se encargaba de difundir la doctrina.²⁵¹

La ACM fue influenciada por la corriente teológica de la Nueva Cristiandad, que se extendió por América Latina desde 1930, la cual promovía el compromiso social de los laicos con su entorno. Esta corriente operaba en dos frentes: por un lado, conducía a los laicos bajo la autoridad de la jerarquía católica, y, por otro lado, buscaba alianzas con el Estado. Entre 1930 y 1955, la Acción Católica en América Latina se distinguió por manejar su liderazgo militante, que se organizó por medio de "partidos, escuelas y sindicatos de inspiración cristiana".²⁵² En ese periodo, la ACM trabajó con la población mexicana para impulsar cambios sociales mediante la educación infantil, el fortalecimiento de la familia y el cuidado a las mujeres. Este proceso coincidió con el importante intento por modernizar la Iglesia durante la ejecución del Concilio Vaticano II (1962-1965).

Asimismo, este capítulo analiza las estrategias empleadas por la ACM y la jerarquía católica para difundir un discurso que idealizaba y limitaba a la mujer como una figura doméstica y fecunda. Desde la infancia, estas instituciones abogaban para que la mujer se preparara para ser buena madre y esposa. Para lograr ese

²⁵⁰ Guerra, "La salvación", 2007, pp.149

²⁵¹ Guerra, "La salvación", 2007, p. 142.

²⁵² Silva, *La teología de la liberación*, 2016, pp. 20-22.



propósito difundían un discurso patriarcal arraigado por las tradiciones de una sociedad conservadora y católica, el cual se legitimaba a través de conceptos científicos y teológicos. Dentro de ese discurso, el cuerpo gestante no sólo se concebía como *productivo*, sino que también un portador de la *moral* cristiana. De acuerdo con el discurso moral, se establecieron normas para dictar los comportamientos, la mujer debía encarnar la virtud cristiana a través de su corporeidad, acorde con los valores de pureza y obediencia que promovían tanto la Iglesia como la ACM. Para perpetuar este modelo, se apoyaron en la juventud para difundir sus nociones sobre los modelos de vida ideales que se basaban en la familia nuclear y el orden doméstico; aspectos que consolidaron los estereotipos de género y promovieron formas de vida basadas en ideales principalmente basados en la clase media, los cuales no eran accesibles para toda la población.

Los sentimientos y valores atribuidos a las mujeres como madres, jugaron un papel elemental para establecer un *régimen emocional*, lo cual tuvo un enfoque especial en la guía del comportamiento de las jóvenes, y posteriormente futuras madres. El régimen estableció formas de desarrollo en la vida de las mujeres que asociadas a sus afectos y sentimientos; por ende, estas debían ser dóciles, amorosas, calladas, pacientes y buenas madres; con su cuerpo disponible para enfrentar la maternidad. En consonancia con ese régimen emocional, surgieron *comunidades emocionales*, como la ACM, que se convirtieron en colaboradoras clave de la Iglesia para reafirmar formas de interacción conservadora que idealizaban la maternidad y la familia.

Es fundamental destacar que tanto el control moral, como el régimen emocional se presentaron en respuesta a los temores originados en la sociedad por los cambios asociados a la modernización económica y cultural en México, observable sobre todo en la ciudad de México. En particular, la transformación del comportamiento de las mujeres jóvenes inquietaba a la jerarquía eclesiástica, ya que, al estar en edad fértil, corrían un mayor riesgo de tener relaciones amorosas antes del matrimonio y quedar embarazadas, sin haber contraído nupcias como lo estipulaba la Iglesia. Las normativas discursivas dirigidas al género femenino desde la ACM y la jerarquía católica se centraron en regular la vida sexual femenina,

promover la gestación de varios hijos y prepararlas para la vida doméstica. Ante esto, desde su visión las opciones de planificación familiar, el uso de anticonceptivos y la legalización del aborto quedaban fuera del alcance para muchas mujeres. Cabe mencionar que en este capítulo solamente nos enfocamos en aspectos de índole discursivo sobre las dinámicas y mandatos de género; sin embargo, estamos conscientes de que en las prácticas pudieron haber ocurrido mecanismos de negociación de las mujeres con el poder, que permitieron diferentes tipos de socialización a los establecidos por la Iglesia y el Estado.

3.1 La juventud mexicana frente a la modernización y el *régimen emocional* de mediados de siglo XX

La juventud se consolidó como grupo social en el mundo durante el siglo XX, particularmente en la cultura occidental. Se entendió como una etapa “de transición de la niñez a la vida adulta” cuyo origen estuvo vinculado a la “necesidad o exigencia productiva del capitalismo”, que requería jóvenes para integrarse al mercado laboral.²⁵³ Esta integración no solo definía su rol en términos económicos, sino que también moldeaba sus comportamientos y expectativas sociales. Por ende, al abordar su estudio, es crucial considerar no solo el factor de la edad, sino los aspectos socioeconómicos, políticos y culturales, así como las prácticas sociales que la caracterizan.²⁵⁴

En el contexto mexicano, la juventud se conformó como grupo social alrededor las últimas décadas del siglo XIX²⁵⁵ y las primeras del XX. Sin embargo, el término juventud todavía no se utilizaba de manera oficial en el lenguaje cotidiano, y solía emplearse a la par del concepto de adolescente en la primera mitad del siglo, ya que no existía una distinción clara entre ambos términos. Con frecuencia ambos se empleaban indistintamente para referirse a los sujetos que transitaban de la niñez

²⁵³ Paz-Calderón, "La construcción histórica", 2018, pp. 14-22.

²⁵⁴ *Ibid.*, pp. 14-22.

²⁵⁵ Los jóvenes decimonónicos comenzaron a tener mayores exigencias educativas y laborales, la élite política solicitó la asistencia a la secundaria y preparatoria para que adquirieran habilidades que les ayudarían a desempeñarse en el trabajo; su aporte debía contribuir al desarrollo de la economía y el crecimiento industrial. Véase en Paz-Calderón, "La construcción histórica del sujeto joven en México", 2018, pp. 18.

a la adultez. Según Ivonne Meza-Huacuja, la idea de la “adolescencia moderna” comenzó a delinarse en México a finales del siglo XIX y continuó durante la posrevolución. Esta concepción, además de resaltar los cambios físicos propios de la etapa, estaba impregnada de expectativas sociales por parte de figuras de poder como “funcionarios, educadores, comunidades religiosas y partidos políticos”. Este fenómeno contribuyó a fortalecer valores, roles de género, y establecer una jerarquía de autoridad donde los adultos imponían normas y control sobre los adolescentes.²⁵⁶ Por ello, en este apartado se examinan las expectativas económicas y sociales, que surgieron hacia los cuerpos de jóvenes gestantes y adolescentes gestantes, al responsabilizarlos como el futuro de la nación.

En la época posrevolucionaria, las exigencias de la modernización e industrialización delinearón un ideal de joven productivo, estudioso y comprometido con el Estado,²⁵⁷ que contribuiría al éxito de la economía nacional. No obstante, los jóvenes se ajustaron a las posibilidades que tenían a su alrededor y no siempre respondían al canon establecido. De hecho, los jóvenes de la primera mitad del siglo XX respondieron a distintos perfiles según su situación socioeconómica y cultural - que por supuesto pudieron variar-, y marcaron nuevas pautas de comportamiento para la segunda mitad de siglo. Los jóvenes de clase baja se integraron al mercado laboral a una corta edad, y en muchos casos, no completaron sus estudios, lo que los llevó a la formación de una familia tempranamente. Estas experiencias los convertían en adultos de manera anticipada. Por otro lado, los jóvenes de clase media disfrutaban de más oportunidades de estudio y mayor acceso a las actividades de ocio, lo que, gracias a sus privilegios socioeconómicos, les permitía algunos años más en integrarse al ámbito laboral. En menor medida, había jóvenes provenientes de familias burguesas, quienes gozaban del lujo de postergar aún más su ingreso al mundo laboral, pues podían invertir más tiempo en su profesionalización y elegir el momento en el que deseaban trabajar.²⁵⁸

Aunque se esperaba que la juventud apoyara el mundo adulto capitalista, esta se desarrolló como una población con sus propias necesidades y demandas.

²⁵⁶ Meza-Huacuja, “La formación de los adolescentes”, 2019, p.78.

²⁵⁷ Paz-Calderón, “La construcción histórica del sujeto joven en México”, 2018, pp. 18.

²⁵⁸ *Ibid.*, pp. 19.

Para sorpresa de otras generaciones, los jóvenes ganaron "mayor protagonismo social, cultural e incluso político", y, poco a poco generó incomodidad entre los adultos debido a las nuevas expresiones del grupo. Por ejemplo, como resultado de estos cambios, varios grupos de jóvenes se unieron a movimientos sociales y adoptaron comportamientos diferentes a las generaciones de sus padres o abuelos. Esto contribuyó a que, para la segunda mitad del siglo XX, se crearan distintos estereotipos juveniles según su clase social y género. Aquellos que desafiaban el orden establecido y mostraban rebeldía eran catalogados como vagabundos, libertinos e incluso delincuentes.²⁵⁹

Los cambios graduales en la identidad de la juventud llevaron a que los discursos de poder-como el Estado, la Iglesia, la familia, y las instituciones educativas-, se centraran en promover, y preservar, la imagen del joven trabajador y obediente. Estas narrativas buscaban evitar la aparición de rebeldías o cambios radicales de las prácticas juveniles.²⁶⁰ Tanto en las narrativas de la Iglesia como del Estado, se esperaba que los hombres que fueran trabajadores y padres proveedores del hogar; mientras que a las mujeres se les confería el rol de esposas y madres, y si eran trabajadoras, debían cumplir con ambos roles sin descuidar ninguno.

Esto nos lleva a cuestionar de qué manera se articularon los roles femeninos, dentro de un escenario de modernización y de conservadurismo, donde al menos en las narrativas, las mujeres cargaban con la grande obligación por asegurar la descendencia y la reproducción de un modelo de vida tradicional. La configuración de esos roles no surgió repentinamente, sino que fueron producto de discursos y prácticas sociales de una identidad de género performativa en ese contexto. En este modelo, se esperaba que las mujeres interpretaran los papeles de hijas y madres amorosas, dóciles, delicadas, sumisas y cuidadoras. La mujer desde su juventud, o prácticamente desde la niñez, fue imaginada bajo esos atributos emocionales, en una cultura de género que los tenía normalizados.²⁶¹ Para problematizar ese fenómeno y poder entenderlo, recurriremos a los conceptos de *régimen emocional*

²⁵⁹ Paz-Calderón, "La construcción histórica del sujeto joven en México", 2018, pp. 21.

²⁶⁰ *Ibid.*, pp. 21.

²⁶¹ Butler, *El género en disputa*, 2007, pp. 266-267.

y *comunidad emocional*, que nos permitirán explorar las formas en que se regularon las emociones y conductas femeninas desde el ámbito discursivo.

Durante el milagro mexicano, cuando se desarrolló un régimen político que al mismo tiempo construyó y sostuvo un *régimen emocional*. Al respecto, como hemos señalado en la introducción, el historiador William Reddy propone la idea de que los distintos regímenes políticos en occidente se traducen en un orden de tipo emocional, el cual se expresa por medio de normativas y disposiciones que regulan a las emociones de las sociedades; el cual se delimita en un amplio espectro al establecer una variedad de emociones apropiadas y válidas, así como las que son rechazadas en la vida cotidiana de los individuos. En estos regímenes emocionales se establecen rigurosos estatutos que disciplinan las emociones, que se difunden y se manifiestan por medio de las instituciones educativas, religiosas y militares.²⁶²

Basándonos en el concepto de Reddy, el régimen emocional que se articuló en México se expresó a través de las narrativas estatales, científicas, culturales y religiosas. Este régimen estableció discursos y prácticas en las mujeres y los hombres, las asoció especialmente a los elementos que distinguían a cada género. En el caso de las mujeres, se les imaginaba como madres, esposas amorosas y sacrificadas por el doméstico y a menudo con la obligación cumplir con modelo de la familia nuclear, disponibles para cuidar a sus hijos, esposos, padres y hermanos. Así, la conformación de la identidad femenina y su expresión sentimental, no solamente se limitó a la manifestación de los afectos, sino también la creación de lógicas que dibujaron los la diferencia sexual, los cánones y arquetipos sexuales, la definición del cuerpo, y las expresiones sentimentales.²⁶³

El concepto de *comunidad emocional propuesto* por Bárbara Rosenwein, nos ayuda a entender cómo ciertos grupos comparten valores y sentimientos, y establecen lo aceptado emocionalmente. Estas comunidades no son emocionales exclusivamente, en un sentido romántico, sino que más bien lo que hacen es establecer normas y valores sobre lo aceptado socialmente respondiendo a condiciones ideológicas, materiales y tecnológicas. Al mismo tiempo, cada grupo

²⁶² Reddy, *The Navigation of Feeling*, 2004, pp.124-125

²⁶³ Barrera, "Historia de las emociones", 2020, p.132.

determina el rechazo o aprobación de las formas de manifestación emocional según sus códigos particulares. Por ejemplo, en algunos grupos podría ser mayormente valorada la violencia y lo ofensivo en lugar del amor.²⁶⁴

Las propuestas de Bárbara Rosenwein y William Reddy nos proporcionan una valiosa herramienta para comprender el régimen emocional y las comunidades emocionales que moldearon a la sociedad mexicana en el periodo de estudio. En el caso específico de este capítulo, nos permiten explorar las normas y sentimientos, así como los valores propuestos socialmente por los miembros de la Acción Católica Mexicana (ACM), una *comunidad emocional* de gran influencia debido al respaldo con el que contaba de la Iglesia. Este grupo no sólo promovió comportamientos específicos, sino también las emociones sus miembros -y en general los laicos-, debían sentir y expresar, determinando así las formas y expresiones emocionales aceptadas según sus códigos. Como grupo religioso, difundió modelos de ser de los individuos (asumidos como católicos) lo que delineó estereotipos de género, raza y clase social, y limitó frecuentemente sus funciones sociales.

Una de las principales metas de la ACM era llegar a la juventud e integrarla a su narrativa como un grupo social comprometido con la Iglesia católica, la doctrina y la jerarquía eclesiástica. Para lograrlo, fomentaba el respeto por la familia, el sacrificio personal y la obediencia a las autoridades del mundo adulto en el milagro mexicano y en parte del desarrollo compartido. El deseo de preservar una imagen de recato juvenil, junto con amplias expectativas, encontró eco en el discurso de la ACM. Esta agrupación con su participación activa a nivel nacional, proporcionó un espacio donde la Iglesia tenía la posibilidad de ejercer su influencia social y emocional sin prestarse directamente a enfrentamientos político-gubernamentales. Aunque su directiva estaba conformada por sectores de clase media y alta urbana, la ACM buscaba incluir laicos de todas las clases sociales. Desde su origen en México, el enfoque apostólico que manejó se orientó a lo patronal, campesino, y cristiano.

Se puede afirmar que, entre sus principales objetivos, estaba reforzar la doctrina religiosa frente al Estado, promoviendo no sólo valores católicos, sino

²⁶⁴ Rosenwein, *Generations of feeling*, 2016, pp. 29-30.



también las emociones asociadas a esos valores católicos, como el amor materno, la compasión y el sentido del deber ser a través del sacrificio personal en las mujeres. Su apogeo tanto en número de miembros como en influencia, tuvo lugar a mediados de los cuarenta, cuando llegó a reunir medio millón de integrantes.²⁶⁵ Los miembros de la ACM participaron activamente en la difusión de estereotipos de género, clase social y raza dentro de sus comunidades, a través de reuniones, comunicados oficiales, campañas y medios de comunicación, impresos y difundidos por su cuenta.

3.2 El cuerpo de las jovencitas para la Unión Femenina Católica Mexicana (1940-1975)

La influencia social de la ACM fue significativa durante y después del *modus vivendi* en el marco de la historia de la Iglesia católica. El *modus vivendi* fue un compromiso en el que la Iglesia y el Estado acordaron detener sus enfrentamientos y mejorar sus relaciones por medio de un acuerdo de pacificación en el año de 1938. Durante los años cuarenta se estableció un vínculo conciliador que fortaleció una cultura conservadora en medio de la modernización económica que experimentó México a lo largo de las décadas de 1940 y 1950.²⁶⁶

Dentro de este régimen emocional, la ACM desempeñó un papel notorio en la preservación de un orden social basado en el control de las emociones de las jóvenes, en particular de aquellas que pronto se convertirían en madres. El cuerpo gestante, desde la perspectiva de la ACM, no solo representaba un valor biológico, sino un símbolo moral y emocional. A las jóvenes se les inculcaba el deber de desarrollar emociones como la devoción, el amor y la compasión, que debían expresar en su futura maternidad, mientras que las emociones contrarias como la rebeldía y la apatía eran vistas como una amenaza al régimen establecido. Esa vigilancia emocional, se ejercía a través de las narrativas de la ACM que

²⁶⁵ Torre, "Los laicos y el *modus operandi*", 1996, p.50.

²⁶⁶ Maza, "Hogar y maternidad en México", 2015, p.98.

seleccionaban al cuerpo femenino como un vehículo moral para cumplir con los deberes cristianos. La maternidad era vista como una misión no sólo física, sino espiritual; el cual buscaba consolidar no sólo un control en la reproducción, sino un orden moral.

En el marco del *modus vivendi*, la cooperación entre la Iglesia y el Estado ayudó a reducir las tensiones entre ambas instituciones. La Iglesia católica brindó su apoyo para la transformación social y económica impulsada por el Estado, especialmente después de que el gobierno de Lázaro Cárdenas adoptara una política enfocada a: “mejorar las condiciones sociales y educativas del pueblo”.²⁶⁷ Cabe destacar que este proyecto político, de inspiración socialista, no tuvo continuidad en los siguientes sexenios. Sin embargo, entre 1940 y 1950, la Iglesia y el Estado mantuvieron puntos de vista similares respecto al rechazo del comunismo, lo que permitió coincidencias en ciertos temas hasta la década de 1960. No obstante, este acuerdo no representó una alianza absoluta, ya que la Iglesia esperaba ventajas jurídicas y materiales, pero sin adoptar ideas del modelo de la Revolución.

Los acuerdos de cooperación entre ambas instituciones se centraron en temas sociales prioritarios, como el “programa social católico”, cuyo objetivo era mejorar la alimentación en la población. Sin embargo, surgieron discrepancias en otros aspectos, como el control natal y la educación laica. A finales de los cincuenta el *modus vivendi* comenzó a desdibujarse, y la Iglesia se convirtió en un importante actor de crítica al sistema político mexicano durante las décadas de 1960 y 1970.²⁶⁸ En este contexto, la ACM mantuvo su relevancia como grupo primordial para reforzar la doctrina cristiana y se consolidó como un agente de difusión de los discursos de la jerarquía a través del laicado.

Durante este periodo de cooperación relativa entre religión y política, se promovió el afianzamiento de instituciones como el matrimonio y la familia, así como la preservación de roles de género tradicionales para hombres y mujeres. Las demandas del contexto posrevolucionario y del milagro mexicano fueron aún más

²⁶⁷ Gómez, “La Iglesia católica”, p. 71.

²⁶⁸ *Ibid.*, pp. 71-73.

estrictas que para los hombres. Las jóvenes de la capital vivían bajo la presión de cumplir con el rol de madre y esposa, independientemente de su clase social. Los papeles femeninos exigían aún más cualidades en comparación con décadas previas, debido a los cambios provocados por la modernización y las innovaciones tecnológicas, lo que elevó considerablemente las expectativas sobre las mujeres.²⁶⁹

Las jóvenes de la ciudad de México se enfrentaron fenómenos como la gran migración interna y el crecimiento demográfico. Para la década 1950, la urbe concentraba el 13% de la población nacional, mientras que en 1940 solo albergaba al 7.4%.²⁷⁰ Este crecimiento trajo consigo el reordenamiento urbano, la incorporación de agua potable y luz, así como de la integración gradual del uso de electrodomésticos en los hogares.²⁷¹ Simultáneamente, en el espacio público, se promovieron nuevas formas de consumo y prácticas civilizatorias que modernizaban la vida cotidiana, muchas de ellas inspiradas en la cultura estadounidense. Los medios de comunicación difundían una estética de hogares limpios y ordenados, habitados por familias que se desenvolvían con “disciplina, racionalidad y moralidad”. Las mujeres, como protagonistas de esta transformación, eran las encargadas de implementar estas transformaciones en la cultura material doméstica, al incorporar alimentos procesados y electrodomésticos. Sin embargo, este modelo de modernidad solo era accesible para las familias de clase media y alta, mientras que las mujeres de las clases bajas enfrentaban mayores dificultades para cumplir con esas expectativas.²⁷²

No todas las mujeres ciudadinas pudieron disfrutar de las innovaciones o manifestaciones materiales de la vida moderna. A pesar de ello, las imágenes simbólicas de una madre tradicional, pero renovada, obtuvieron aprobación y fueron

²⁶⁹ Y aunque las demandas sociales, y luchas feministas de la primera ola en México habían alcanzado logros de representación social femenina en el espacio público, como el derecho al divorcio desde 1914, o la autorización del Código Civil para trabajar sin el consentimiento del esposo en 1932, en las mujeres recaía la responsabilidad social de cumplir con los deberes de la cultura de género, la cual les solicitaba evitar el descuido de sus labores domésticas y maternas. Véase en Maza, "Hogar y maternidad", 2015, p.95.

²⁷⁰ Para entender la magnitud del aumento poblacional en el país, Oscar Lewis señala que la población de 1940 en México era de 19.6 millones de habitantes y para 1957 incrementó a 30 millones. Véase en Lewis, "México desde 1940", 1958, p.190.

²⁷¹ Maza, "Hogar y maternidad", 2015, pp. 96-97.

²⁷² Aguilar, "La mesa está servida", 2009, p.53

difundidas a través de la publicidad y el cine, impulsadas por el Estado, la medicina y la Iglesia.²⁷³ Entre 1940 y 1950 comenzó a circular la imagen de un tipo de esposa y madre arraigado en lo tradicional, pero adaptada a todas las innovaciones tecnológicas de la época.²⁷⁴ Esta expectativa resultaba difícil de cumplir debido a las grandes desigualdades económicas que atravesaban las mujeres en el país, incluidas a aquellas que habitaban en la capital o en otras urbes.

El modelo femenino promovido por las instituciones de poder y las industrias culturales²⁷⁵ fomentaba una mujer obediente, abnegada y pudorosa. Estas cualidades no sólo definían el comportamiento esperado de las mujeres, sino que también formaban parte de un *régimen emocional*, que regulaba las emociones que las mujeres debían sentir y expresar. Este modelo centrado en la domesticidad y maternidad, representaba los ideales femeninos ampliamente difundidos por el Estado y la Iglesia en la segunda mitad del siglo. La promoción de estos ideales se dio mediante estrategias mediáticas en eventos sociales, campañas y publicidad en medios impresos de diferentes comunidades emocionales, como escuelas, secretarías de gobierno, grupos religiosos.

Un claro ejemplo de la difusión de aquel modelo se dio en los actos políticos donde participaba la primera dama, presentada como una mujer y madre ejemplar, bondadosa, caritativa y amorosa.²⁷⁶ Estos estereotipos coincidían con los empleados por la jerarquía eclesiástica, donde las mujeres eran presentadas como figuras de caridad y del amor nato hacia su entorno. Los valores y sentimientos compartidos por la Iglesia y el Estado, formaban parte de una disposición emocional que debía ser cumplida cuidadosamente en la sociedad. La figura de la primera dama, de hecho, refleja discursos y representaciones similares a los utilizados por la ACM, donde se resaltaban con frecuencia los valores de sacrificio por el hogar y su familia. Desde la infancia, se enfatizaba que los atributos que las mujeres debían

²⁷³ Maza, "Hogar y maternidad", 2015, pp. 96-97.

²⁷⁴ Maza, "Hogar y maternidad", 2015, pp. 96-97.

²⁷⁵ Néstor García Canclini, define a las industrias culturales como intermediarias en la producción y distribución de "bienes culturales" del arte, la literatura y la música, esferas que con anterioridad eran comúnmente exclusivas a sectores sociales de élite. Estas industrias se expresan mediante los medios masivos de comunicación como la televisión, la música, las publicaciones en puntos de venta accesible, y democratizan la difusión de la "alta" cultura. Canclini, *Culturas híbridas*, 1989, p. 85.

²⁷⁶ Maza, "Hogar y maternidad", 2015, p. 98.

desarrollar, perfeccionar durante la juventud, para convertirse en madres y esposas ejemplares, y así con las expectativas del régimen emocional político y religioso de mediados de siglo.

Dentro del laicado de la ACM, las narrativas que recibieron gran atención por parte de sus integrantes fue la promoción del embarazo y el manejo femenino del espacio doméstico, dirigidas a las mujeres y siempre con la intención de extenderlas a todas las clases sociales. Este enfoque hacia la juventud mexicana se logró mediante la colaboración de los laicos de la ACM, de manera particular, mediante la participación los miembros de la Unión Femenina Católica Femenina (UFCM). Esta agrupación, conformada por mujeres, desempeñó un papel crucial al abordar en sus campañas, reuniones y material impreso temas relacionados con la educación sentimental y sexual de mujeres jóvenes. Esta iniciativa, centrada en la formación emocional, se caracterizó de edificar una *comunidad emocional* con mucho énfasis en el cuidado de la familia y del ejercicio de la maternidad conforme a los códigos de la doctrina católica.

Un ejemplo concreto de este discurso emocional se dio a través de la revista *Acción Femenina*, entre los años 1941 a 1975. La publicación encabezada por los miembros de la UFCM, desempeñó un papel significativo como herramienta para llegar a las lectoras católicas del país, tanto de áreas urbanas como rurales.²⁷⁷ Sin embargo, el lenguaje utilizado, y las expectativas de vida expresadas en la revista, reflejaban predominantemente un estilo más afín a la clase media. Los temas discutidos en las diferentes secciones de la revista eran variados, abarcaban cuestiones relacionadas la vida familiar, informes sobre las asambleas de la UFCM, comunicados de los pontífices o de otros miembros de la jerarquía, noticias del ámbito católico, orientación para la crianza de los hijos, así como educación religiosa y sentimental dirigida a las mujeres. Debido a la diversidad de temas y la actualidad de la revista, y el enfoque de género que manejó hacia las mujeres católicas, es el principal motivo que nos lleva a emplear esta revista como una fuente primaria representante de la comunidad femenina de la ACM.

²⁷⁷ “Quiénes somos”, s/f, <<https://www.accionfemenina.com.mx/quienes-somos>> [Consulta: 10 abril 2023]

Lo que distinguió a la publicación *Acción Femenina* fue la combinación de consejos de cuidado y desarrollo personal dirigidos a las jovencitas y a sus madres. Al leer sus páginas, es notable que hay una gran exigencia hacia las madres sobre la educación sentimental de sus hijas; pero también, de firmeza y rigurosidad hacia las jovencitas que leyera la revista. A lo largo de este periodo, esta publicación demandaba a las madres una relación cercana con sus hijas para procurar que sobresalieran como buenas estudiantes, novias, amas de casa y esposas. A pesar de los numerosos cambios que tuvieron lugar en la vida cotidiana de los jóvenes durante el contexto global y nacional de la época, la revista procuraba continuar reforzando los roles tradicionales de género, centrando la vida de las mujeres en la formación de una familia y el matrimonio como base de la vida de los católicos mexicanos. Sin embargo, la revista no evitó informar y opinar sobre temas como el feminismo y el Año Internacional de la mujer, lo que demuestra una cierta apertura a los cambios sociales del momento.

La relación de las madres e hijas fue un tema central en *Acción femenina*. En la publicación hacía énfasis en la necesidad de la cuidar de ese vínculo familiar, para supervisar el cuerpo de las jóvenes y así asegurar que en el futuro cumplieran con el rol de la maternidad. A inicios de la década de 1940, surgieron artículos como “La influencia social de la mujer”, en el que referían a la dama adulta como los “cimientos” de una catedral, quien debía mostrarse al mundo con los atributos de “oculta y callada”, y evitar un comportamiento “ruidoso y ostensible”. La mujer adulta debía distinguirse por su abnegación y un sentido servicial discreto, especialmente dentro del hogar, donde debía dirigir la “acción familiar y social”.²⁷⁸ Las hijas adolescentes ocupaban un lugar de prioridad en los cuidados de las madres, ya que sus cuerpos debían vigilados más estrechamente debido a su capacidad reproductiva y la posibilidad de iniciar una vida sexual.

Hacia 1950, se consideraba que la juventud comenzaba entre los 14 a 15 años. El tránsito desde la infancia se daba de manera abrupta, se advertía de un proceso de desarrollo físico y psicológico que no era gradual. A los 15 años, las niñas daban un paso casi instantáneo hacia la juventud, momento en los varones

²⁷⁸ Murillo, “La influencia social”, *Acción Femenina*, 1941, pp.11-12.



podían comenzar a cortejarlas. “De niña a mujer, parecía inexistente la etapa de los cambios fisiológicos y emocionales que constituyen la pubertad y la adolescencia”. Aunque algunos especialistas cercanos a la psicología ya empleaban los conceptos desde décadas atrás, pubertad y adolescencia no eran términos comunes para referirse a las chicas que estaban atravesando por cambios fisiológicos que las convertirían en adultas entre las décadas de los cuarenta y cincuenta.²⁷⁹ Los temas relacionados con la sexualidad y el cuerpo femenino solían omitirse o abordarse de manera discreta, con información muchas veces limitada e imprecisa, compartida en grupos de jovencitas con conversaciones a escondidas, con un lenguaje lleno de eufemismos.²⁸⁰

Acción Femenina abordó temas de la vida amorosa y los primeros noviazgos de las muchachas. Sin embargo, debido a su orientación católica empleaba un lenguaje conservador y cuidadoso, que jugaba el rol de advertir los peligros de la sexualidad tanto a las jóvenes, como a sus madres. La revista apelaba a la consolidación del embarazo dentro del matrimonio, y asegurar así la reproducción humana según los estándares de la familia católica y la visión del Estado.

La UFCM mantenía una cercanía ideológica con los discursos emitidos por el Vaticano, en los cuales se rechazaban enfáticamente los riesgos de la “vida moderna”. La jerarquía católica consideraba que la modernización había “sacado a la mujer del hogar” y criticaba firmemente las prácticas cotidianas que rompían con el *statu quo*. Un ejemplo claro de esta perspectiva se presentó en un discurso en 1954, dado en Italia y publicado en la sección “La voz del Papa” de la revista *Acción Femenina*.

En su intervención, el Papa Pío XII, reconocía las razones por las que las mujeres abandonaban el hogar, se lo atribuía a la emancipación femenina y la necesidad económica para asegurar “pan cotidiano”. Sin embargo, el pontífice, hacía un llamado a “contener las corrientes que amenazan el hogar” y enfatizaba la importancia de cuidar de la dignidad femenina en su rol tradicional de madre esposa. Según su opinión, el único deber de las mujeres en la vida pública era el de “resolver

²⁷⁹ Rocha, “Cómo se enamoraban”, 2004, pp.187-188.

²⁸⁰ *Ibid.*, p. 188.



los delicados problemas de la vida doméstica y familiar”.²⁸¹ “Cada uno de los dos sexos tenía que tomar la parte que le corresponde según su naturaleza, su carácter, sus aptitudes físicas, intelectuales y morales. Ambos contaban el derecho y el deber de cooperar al bien total de la sociedad, de la patria”.²⁸² En ese discurso, se reflejaba la responsabilidad emocional atribuida a las mujeres para ser las guías morales, cuyo cuerpo gestante y sensibilidad femenina debían ayudar a reencaminar a la sociedad hacia el matrimonio y la procreación.

Durante la década de 1950 fue común que la Iglesia solicitara la colaboración de las mujeres para impartir de la doctrina cristiana y el seguimiento de su moral. Un ejemplo concreto de los deberes femeninos en el espacio público era mandar a sus hijos a escuelas católicas para que recibieran una educación integral sobre moral, desarrollo mental y el cuidado físico.²⁸³ Asimismo, las esposas debían participar en eventos organizados por la ACM, como la “Semana de la familia”, una celebración impulsada por la Campaña de Moralización. Esta campaña tenía como meta la “restauración de la familia”, en un esfuerzo por contrarrestar “las costumbres paganas” y revalorar el sacramento del matrimonio.²⁸⁴ Aunque los grupos laicos y las parroquias desempeñaban un papel importante en la educación moral de las jóvenes, al final, la responsabilidad recaía en las mujeres, quienes debían guiar a sus hijas en el camino de la virginidad y castidad.

Para la UFCM la madre era considerada como la “primera catequista de sus hijos”, no solamente para enseñar a orar, sino también el pilar a través del cual los hijos debían asimilar la “presencia de Dios” y encontrar la felicidad de la vida en religión. En ese entorno, se ejercía un control riguroso de las jóvenes y comportamiento de las jóvenes, frenando sus pasiones y caprichos con el fin de corregir cualquier desviación.²⁸⁵ Una muestra de esa expectativa maternal, se reflejó en los textos de la sección en “Desde mi encina”, a principios de los años sesenta. En este apartado de la revista, la figura de un búho proporcionaba consejos

²⁸¹ Pío XII, “La voz del Papa”, *Acción Femenina*, 1954, pp.16-17.

²⁸² Pío XII, “La voz del Papa”, *Acción Femenina*, 1954, pp.16-17.

²⁸³ Girault, “Uno de nuestros principales deberes”, *Acción Femenina*, 1952, p.3.

²⁸⁴ Goribar, “Semana de la familia”, *Acción Femenina*, 1952, p.7

²⁸⁵ “Esposas y madres jóvenes”, *Acción Femenina*, 1962, p. 12.

a las mujeres jóvenes solteras y casadas. En la cultura occidental, la figura del búho es un símbolo de sabiduría y magia,²⁸⁶ por lo que, en esta sección, representaba la inteligencia, la madurez y la guía que otorgaba consejos de autoridad.

En un caso publicado en 1962, una madre de clase media buscaba el consejo del búho porque duda sobre enviar a su hija de 12 años a estudiar a los Estados Unidos. Aunque su esposo apoyaba la idea, la madre pensaba que su hija era muy pequeña para que saliera de casa. El búho le aconsejaba confiar en su instinto maternal, pues una niña de 12 se mueve entre dos mundos: en lo físico era ya "una mujercita", pero mentalmente seguía siendo "muy niña". Le recomendaba que su hija terminara la escuela en México, pues alejarse casa podía exponerla a conductas indebidas, como imitar conductas de señoritas, tales como "maquillarse, fumar, salir con muchachos sin chaperón". El búho subrayaba la importancia de que la madre mantuviera una relación de confianza con la joven, independientemente si la dejaba ir a los 12 o 15 años. La madre debía convertirse en la confidente de su hija, para guiarla en ese proceso de transición, asegurar que conservara su inocencia. Este consejo vinculaba el sentimiento de ternura con el cuerpo femenino, al utilizarlo como una herramienta discursiva clave para preservar la castidad.²⁸⁷

Este fragmento de la sección de consejos revela la preocupación de la UFCM sobre los riesgos que implicaba para las jóvenes socializar en entornos desconocidos y alejados del control paterno. Se buscaba evitar que esas exposiciones llevaran a situaciones deshonorosas e inmorales, contrarias a la cultura católica. Se consideraba que tales interacciones podían afectar un "adecuado" inicio de la vida sexual, y aumentar el riesgo de embarazos, sin un matrimonio previo o el contagio de enfermedades venéreas. A través de un lenguaje muy cuidadoso se ofrecían directrices a las madres lectoras para que actuaran correctamente con la educación sentimental y sexual de sus hijas.

Durante los años sesenta distribuir información sobre la sexualidad que orientara a las jóvenes mexicanas no era bien visto en los conservadores católicos. Como resultado, las herramientas disponibles para que las mujeres cuidaran de su

²⁸⁶ Charro, "Lechuzas y búhos", s/f, < <https://cervantesvirtual.com/obra-visor/lechuzas-y-buhos-aves-de-mal-aguero/html/> > [Consulta: 20 de marzo de 2024.]

²⁸⁷ S.a., "Desde mi encina", *Acción Femenina*, marzo, 1962, p. 24.

propio cuerpo eran muy limitadas. Debido a ello recaía en las madres la responsabilidad de supervisar las relaciones amorosas o prevenir los encuentros sexuales antes del matrimonio. La cultura de género imponía la norma de tener relaciones sexuales únicamente en la vida matrimonial, con el fin primordial de procrear y formar una familia. Esta dinámica evidencia como la comunidad emocional de la UFCM, influenciada por las normas de la Iglesia, ejercía un control discursivo sobre la sexualidad y los roles de género, sobre todo al buscar mantener la cohesión social de los católicos y preservar una visión conservadora y moralmente correcta según su perspectiva religiosa.

Al mismo tiempo, la sección "Desde mi encina" otorgaba consejos a las jóvenes que escribían de forma anónima, y preguntaban sobre cómo debía ser el comportamiento de una jovencita. "El búho" ofrecía ciertas recomendaciones para mantener una conducta "digna de una joven cristiana" que no diera lugar a "habladurías". Permitía que las jovencitas tuvieran novio, pero insistía en que debían comportarse con decoro cuando pasaran tiempo con él. Además, exhortaba a obedecer y consultar cualquier situación con sus padres.²⁸⁸ Esta interacción entre la comunidad emocional, representada por el búho, y las jóvenes que buscaban orientación; refleja cómo se transmitían y reforzaban los valores y normas dentro de los grupos cercanos a la ACM, contribuyendo a mantener la estabilidad y cohesión en esa comunidad.

Entre 1962 y 1963, se publicó un artículo titulado "La adolescencia de nuestras hijas", que trataba la adolescencia como un problema "grave y complejo". En este artículo se invitaba a tomar consciencia de la importancia de la psicología adolescente, los peligros que la rodeaban y la necesidad de una educación moral correcta. Se definía el concepto de adolescente como una etapa de nuevas experiencias y errores:

...con sus energías y sus debilidades, sus egoísmos y su generosidad, sus atrevimientos y sus timideces, sus audacias y sus vacilaciones se nos presenta como periodo de experiencia, de tanteos y de ensayos. Larga dolorosa crisis de la personalidad, necesaria son embargo para la formación

²⁸⁸ S. a., "Desde mi encina", *Acción Femenina*, mayo, 1962, p.24



de la mujer, para capacitarla a dirigir su vida y poder vivirla con plenitud guiada por su conciencia y su razón, ambas iluminadas por la fe.²⁸⁹

En el texto, se resaltaba que las mujeres atravesaban por transformaciones físicas y psíquicas diferentes a los muchachos, pues estaban destinadas por Dios a ser la "ayuda y compañera del hombre". Su deber era cumplir con la misión providencial de la mujer era el de concretar la maternidad a través de "su cuerpo, sus instintos y su alma". En consecuencia, se hacía hincapié en la necesidad de proteger a las jóvenes, para que orientaran su "santidad, al amor de Dios", lo que permitía moldear su alma, su amor y asegurar que su sufrimiento la convirtiera en un "ser exquisito y bueno por excelencia". Había que combatir los actos que amenazaban las virtudes femeninas y detener las conductas de vanidad, la envidia y "el deseo de agradar". De no preservar su valor podía pasar de ser 'sembradora de felicidad y de vida' a convertirse en una "sembradora de desgracia y de muerte".²⁹⁰

El artículo también abordaba el despertar de la capacidad de amar en las jóvenes, y señalaba que, durante la adolescencia, surgía tanto el amor hacia los hombres como el instinto maternal. Este despertar, sin embargo, conllevaba una lucha interna de emociones, ya que las adolescentes oscilaban entre comportamientos infantiles y el desarrollo de un carácter maternal. Esta inestabilidad emocional se consideraba un riesgo que podía llevar a conflictos de inmadurez en sus relaciones con los varones. Se advertía que las conductas no supervisadas podían comprometer el desarrollo intelectual, moral y la pureza de las adolescentes. Las nuevas costumbres modernas facilitaban que las jóvenes buscaran relaciones románticas fuera de los parámetros tradicionales, lo que podía comprometerlas en su camino hacia la "maternidad física y espiritual". Para evitar esto, se solicitaba que las madres mantuvieran una cercanía constante con sus hijas.

Se advertía que las conductas sin supervisión podían comprometer el desarrollo intelectual, moral y la pureza de la adolescente. Las nuevas costumbres

²⁸⁹ S.a., "La adolescencia de nuestras hijas", *Acción Femenina*, junio, 1962, s. p.

²⁹⁰ S.a., "La adolescencia de nuestras hijas", *Acción Femenina*, junio, 1962, s. p.

modernas de la época podían facilitar que las muchachas buscaran a los jóvenes y fracasaran en su formación hacia la "maternidad física y espiritual", sus desviaciones podían entorpecer el camino tradicional que implicaba un noviazgo en la sensatez católica y un embarazo legitimado en el matrimonio. Para evitar lo anterior, nuevamente se solicitaba que las madres mantuvieran cercanía con sus hijas en todo momento.²⁹¹

Además, se exploraban los cambios en la personalidad de la joven y cómo podían modificarse con las desviaciones y peligros de la modernidad. Se las identificaba con numerosos cambios de humor, como desesperada, apática; al mismo tiempo miedosa, melancólica agresiva y pacífica, en decir, inestable. Se pensaba que el carácter voluble de la adolescente podría exacerbarse con peligros externos al ámbito de lo doméstico, como el cine, la radio, las revistas y la televisión, pues estos medios incitaban a las muchachas a "exagerar su femineidad" y a querer imitar a las "estrellas de moda". Inclusive, el Papa Pío XII, se mostró crítico con la "joven moderna", reprochaba que estas mujeres dejaban atrás las formas de ingenuidad y las buenas costumbres. Rechazaba sus comportamientos imprudentes y desvergonzados, caracterizándolos como superficiales, masculinos y atrevidos. Criticaba que las jóvenes adquirieran "familiaridad con el sexo opuesto" y cayeran en "los cortejos e hipocresías de los [hombres] seductores".²⁹²

El pontífice, lamentaba que las adolescentes parecieran haber abandonado el gusto por la vida en familia. Pío XII, expresaba su consternación por las actividades inmorales de las jóvenes como fumar, ir solas al cine, maldecir, "vestirse con descaro" y "exhibirse en las playas con el pretexto de captar la energía antimicrobiana de los rayos solares". Además, culpaba a las madres frívolas de todas las clases sociales por promover un mal ejemplo de conducta, ya que pasaban mucho tiempo fuera de casa y no se ocupaban de las "austeras ocupaciones domésticas". Según su visión, estos comportamientos desviaban el interés de sus hijas para convertirse en esposas y madres respetables. Argumentaba que, si

²⁹¹S.a., "La adolescencia de nuestras hijas-III", *Acción Femenina*, agosto, 1962, p.18.

²⁹² S.a., "La adolescencia de nuestras hijas-V", *Acción Femenina*, octubre, 1962, pp. 12-13.



crecían en ese tipo de entornos, las adolescentes podían tener el deseo de emanciparse y "vivir su vida", en lugar de aspirar a "ser una verdadera señora".²⁹³

Con respecto al cuerpo adolescente, se insistía en que debía cuidarlo y mantenerlo aseado, ya que, de no hacerlo las jóvenes podían inclinarse por actitudes de pereza. Sin embargo, caer en extremos de arreglo personal también podría "ahogar el espíritu interno" y conducir las a la superficialidad. Se consideraba fundamental que la muchacha mantuviera un "cuerpo en feliz equilibrio físico", pues con eso evitaría "ser esclava de sus nervios". Se sugería cuidarlo porque el cuerpo físico era el medio del alma, por lo tanto, había que vigilar los estados de cansancio y sueño, porque la presencia de éstos paralizaba la mente. Las mujeres debían cuidar mucho la salud porque su cuerpo era más frágil y delicado que el de los hombres.²⁹⁴ Al final, debían proteger su cuerpo porque en algún momento serían madres, mientras que los hombres, al no gestar, solo requerían mantener su virilidad y fortaleza física.

En cuanto al tiempo libre, la JFCM recomendaba la necesidad de una supervisión familiar adecuada y estricta para evitar riesgos que provocaran malas conductas. Se instaba a las esposas y madres jóvenes vigilar las diversiones de sus hijos e hijas para mantener las virtudes cristianas y que conservaran una buena salud. Las fiestas, reuniones con amigos, e incluso las visitas al teatro, cine o los cafés, eran sitios de tentación, ya que estos eran sitios donde la gente se retiraba tarde a su casa y se promovía contenido inmoral. La Liga Mexicana de la Decencia era una guía confiable para elegir películas adecuadas con una clasificación aprobada por la Iglesia para el entretenimiento familiar y así evitar caer en filmes de perversión. En el hogar, la televisión también era un riesgo, por lo que los padres debían poner atención al contenido de programas que pudieran dañar la moral católica y poner malos ejemplos a sus hijos.²⁹⁵

El interés en la vigilancia expone la preocupación de la JFCM por controlar las acciones de los jóvenes, pero también por controlar las emociones y tentaciones que pudieran surgir de estos entornos modernos. El cuerpo y la mente de la juventud

²⁹³ S.a., "La adolescencia de nuestras hijas-V", *Acción Femenina*, octubre, 1962, pp. 12-13.

²⁹⁴ S.a., "La adolescencia de nuestras hijas-VIII", *Acción Femenina*, febrero, 1963, pp. 12-13.

²⁹⁵ S.a., "La vigilancia de las cosas que se deben vigilar", *Acción Femenina*, febrero, 1964, p. 8.

debían ser resguardados para evitar cualquier desviación de los valores religiosos y sociales que la ACM consideraba esenciales para preservar la cohesión familiar y social. El énfasis en la supervisión del tiempo libre, en un contexto de creciente modernización, evidencia cómo las emociones como el deseo y la curiosidad eran vistas como amenazas potenciales al orden moral que se intentaba preservar.

El futuro de la juventud hacia finales de los sesenta era motivo de atención para la UFCM. En julio de 1968, la articulista Josefina Chávez, una escritora frecuente de la revista, manifestaba su asombro y desaprobación por el cambio de comportamiento que estaba presentando la juventud a nivel mundial. Según Chávez, los jóvenes se estaban convirtiendo en peligrosos y maleables, dado que adoptaban ideas 'exóticas' y "prácticas tenebrosas" disfrazadas bajo una falsa imagen de hermandad. Particularmente, expresaba su desaprobación a las huelgas estudiantiles o motines en manifestaciones en contra de los regímenes gubernamentales en el contexto internacional, como las que habían ocurrido en Francia.

Josefina culpaba de las reacciones de la juventud a los regímenes que no respondían adecuadamente a sus aspiraciones. Sin embargo, no dejaba de enfatizar que los momentos de protesta eran aparte de reacciones políticas, un síntoma de desvío social que orillaba a la rebeldía y anarquía. Desde su perspectiva, los jóvenes más vulnerables en estas circunstancias eran aquellos que provenían de "hogares desajustados", que habían crecido en medio de conflictos familiares. En su análisis, los rebeldes eran el reflejo de la ausencia moral, de tolerancia excesiva, y de la carencia de "orientación en los problemas sexuales, religiosos y afectivos". Josefina señalaba que los padres que no se habían preparado para la vida matrimonial, no eran capaces de criar jóvenes decentes.²⁹⁶

Este tipo de preocupaciones no eran aisladas. Entre 1969 y 1970, otros intelectuales católicos, también expresaban su incertidumbre por los impactos del contexto internacional en México, al que lo describían como "desconcertado y ominoso". Un ejemplo de esa inquietud se encuentra en las reflexiones del historiador Carlos Alvear Acevedo publicadas en *Acción Femenina*. En sus textos,

²⁹⁶ Chávez, "Nuestros jóvenes", *Acción Femenina*, junio, 1968, pp. 22-23.



Alvear Acevedo manifestaba su alarma por fenómenos internacionales como la guerra de Vietnam, la inestabilidad social del Tercer Mundo, el surgimiento del ‘hippismo’, la presencia del comunismo, el erotismo y la desobediencia juvenil, reflejada en los movimientos estudiantiles de 1968. Según él, la rebeldía de la juventud estaba orquestada por los “agitadores rojos”, es decir, los comunistas; por lo que hacía un llamado a cumplir los clamores del Papa, los mandamientos de la Biblia, la preservación de la dignidad personal y la justicia social. Alvear Acevedo temía por el colapso de la moral en la juventud.²⁹⁷ El historiador advertía sobre las actitudes rebeldes de las masas estudiantiles, ya que, en su opinión, solían desembocar en actos de violencia. Al mismo tiempo, relacionaba esa agresividad social con a la influencia de medios como el cine, la prensa y la televisión, a los que acusaba de difundir “pornografía y la agresividad negativa” que aumentaba la decadencia moral juvenil.²⁹⁸

En ese escenario, Alvear enfatizaba la necesidad de rectificación moral sobre todo en las mujeres, “en cada una de sus etapas de desarrollo y su madurez”. Esta idea se reafirmó durante las XVI Asambleas Nacionales de la Juventud Católica Femenina Mexicana (JCFM) en la ciudad de México, en 1971, donde el papel de la mujer fue nuevamente definido como el complemento del hombre. A pesar de que en la JCFM había una limitada aceptación del desarrollo de la mujer en el espacio público como trabajadora, se insistía en que su esencia estaba en la esfera doméstica, donde irradiaba amor caritativo y bondadoso. En otras palabras, ella que se volvía una representación de lo hogareño y de esa estructura que era un “centro de irradiación de vida, de fortaleza, de fidelidad, de ternura y de amor...”. El mensaje a las lectoras de todas las edades en *Acción Femenina* se resumía en una frase que abarcaba su cometido en el mundo: “Esta es tu misión, mujer de hoy; soltera, casada, joven o madura, rica o pobre, conocida o desconocida, tu misión en el mundo es ser fuente de vida, faro de luz, manantial de esperanza, portadora del más puro y genuino amor”.²⁹⁹

²⁹⁷ Alvear, “Signos de nuestro tiempo...”, *Acción Femenina*, febrero, 1969, pp. 6-7.

²⁹⁸ Alvear, “¿Es condenable la violencia?”, *Acción Femenina*, abril, 1970, pp. 6-7.

²⁹⁹ Muñoz, “La mujer y su dimensión terrena”, *Acción Femenina*, junio, 1971, pp. 6-7.

Este énfasis en el amor doméstico y maternal, aunque no era nuevo dentro del discurso de la Iglesia y la ACM, adquiriría una esencia particular en el contexto de las transformaciones sociales de la Guerra Fría. El incremento de movimientos juveniles, el acceso a nuevos medios de comunicación, y la posibilidad de mayor autonomía femenina generaron tensiones en una clase media que aspiraba a consolidarse. La reacción conservadora de sectores como la ACM y la Iglesia buscaba, no solo contener estos cambios, sino también reforzar los roles de género para proteger lo que consideraban la integridad y dignidad moral de la nación.³⁰⁰

A mediados de la década de los setenta, otros escritores conservadores, como Jesús Pavlo, añadían críticas similares sobre el comportamiento juvenil. En un artículo sobre la fidelidad conyugal publicado el día del amor y la amistad, Pavlo expresaba su desaprobación hacia las uniones libres entre jóvenes, pues estas eran una amenaza a la institución del matrimonio. Según Pavlo, estas prácticas, ampliamente promovidas en Europa y Estados Unidos, guiaban hacia la decadencia social de los jóvenes, que ya había alcanzado a los mexicanos, especialmente a los de las ciudades.

La crisis referida por Pavlo era provocada por los mensajes de la televisión, el cine y la traducción de obras literarias. Pavlo señalaba que la degeneración social de ese tipo ocurría en las ciudades más importantes del país. Señalaba a los sectores universitarios como los grupos que representaban esa "revolución en la pareja humana", ya que vivían juntos sin compromiso matrimonial y compartían la falsa ilusión de la libertad, que, según él, finalmente los llevaría a errar en la "unión libre", una forma de convivencia fuera de todo marco religioso o civil del matrimonio.³⁰¹

Este tipo de reflexiones pone de manifiesto las respuestas conservadoras que surgieron frente a los cambios de conducta de las nuevas generaciones. Escritos como éste evidenciaban que algunos jóvenes mexicanos, especialmente los de las ciudades, estaban renunciando a las formas tradicionales de crear

³⁰⁰ Pérez, "Censura y control", 2011, p.82.

³⁰¹ Pavlo, "La fidelidad conyugal no debe ser un objetivo", *Acción Femenina*, enero, 1975, pp. 12-13.

vínculos afectivos y sexuales. Las mujeres y hombres jóvenes ciudadanos, empezaban a cuestionar el papel del matrimonio como una regla para poder socializar en pareja, vivir juntos o tener hijos. Tras la Segunda Guerra Mundial, el conservadurismo buscó redefinirse y adaptarse a la realidad que vivían los jóvenes mediante estrategias discursivas para fortalecer los roles de género desde la Iglesia y la ACM. Este proceso respondía también a la implementación de un régimen emocional que regulaba las conductas y las emociones que las jóvenes debían mostrar.

En ese sentido, el cuerpo de la mujer recibió un énfasis importante en las narrativas de poder, donde los impactos de la modernidad amenazaban con la reconfiguración de los roles tradicionales. La revista *Acción Femenina* fue un claro ejemplo de cómo la UFCM, como comunidad emocional, utilizó herramientas discursivas para moralizar y regular la corporeidad. En sus páginas, los mensajes se dirigían a la mujer católica, especialmente a las madres, con el objetivo de garantizar orientación en valores para consolidar el matrimonio y la reproducción femenina dentro de la institución. Estos valores enfatizaban la obediencia, la pureza, y el sacrificio como ejes centrales en la vida femenina de las jóvenes.

La revista delineó la función del cuerpo de las jovencitas como una fuente de la vida, conforme a la doctrina y régimen emocional de la Iglesia y la ACM. Este cuerpo debía cuidarse para la procreación y guardar su fortaleza física para la crianza de una maternidad cristiana. El amor, la devoción y la compasión constituían una expectativa emocional que la ACM buscaba inculcar en las jóvenes, orientándolas hacia una vida doméstica y al cumplimiento de sus roles tradicionales.

El ideal promovido por la publicación presentaba a la joven mexicana como decente, virgen hasta el matrimonio, digna representante de la vida doméstica, obediente a sus padres, fértil y dispuesta a tener varios hijos. No obstante, este ideal resultaba complicado para muchas, especialmente para aquellas en situación económica inestable en la ciudad de México. Por ejemplo, las migrantes, que carecían de redes de apoyo, enfrentaban dificultades para cumplir con estas expectativas. En algunos casos no podían sostener una relación cercana con sus padres por lejanía geográfica o incluso por un distanciamiento personal, lo que

complicaba la capacidad de las madres para ejercer el control emocional y físico sobre las jóvenes que la ACM promovía.

Al reflexionar sobre el impacto de esta publicación, surge el alcance de la revista, es decir, ¿a cuántas lectoras o a cuántas familias llegaba? Aunque no se pueda responder de manera tan acotada, es claro que sus principales lectoras eran mujeres de clase media urbana, cercanas a los miembros de la UFCM, comprometidas con la Iglesia. Estas mujeres acudían frecuentemente a las parroquias y, a través de estos entornos, posiblemente tenían contacto con mujeres de otras clases sociales. Además, la UFCM, grupo editor de *Acción Femenina*, contaba con una importante presencia en las parroquias de la ciudad de México, sus socias colaboraban en los catecismos, sesiones de enseñanza, seminarios, colecta de ropa para pobres, formación de bibliotecas, escuelas, hospitales, y participaban en las uniones de madres, de obreras y de sirvientas, etc.³⁰²

3.3 La familia: Una “célula del organismo social” para la ACM

Este apartado nos ayudará a entender cómo las narrativas hacia el cuerpo de la mujer gestante se centraron en su función reproductiva y en su papel en la perpetuación de la familia como núcleo social. El periodo comprendido entre 1940 y 1975 en México se caracterizó por una colaboración estrecha entre la Iglesia y el Estado, al menos hasta mediados de la década de los sesenta. La alianza entre ambas instituciones se manifestó en un discurso sobre el valor de la familia nuclear como pilar de la sociedad. La Acción Católica Mexicana (ACM) colaboró en esa labor por medio de su influencia en eventos importantes como la Semana de la Familia y se apoyó en grupos como la Legión Mexicana de la Decencia (LMD) para orientar la moralidad, y el ocio de los católicos hacia el cumplimiento de los roles de género tradicionales.

³⁰² Según Sofía Crespo, desde la década de 1930 la Unión Femenina Católica Mexicana participó en gran parte de la capital. Se integraron a la colaborar en el impulso de la "educación religiosa entre niños, jóvenes y adultos, en particular entre mujeres trabajadoras". Sus labores estuvieron guiadas por lo doméstico y lo materno, por lo que se desempeñaron en el cuidado de enfermos, niños en situación de pobreza, y en la búsqueda de espacios para prostitutas. Crespo, *Continuidades y rupturas*, 2020, pp.153-155.

Sin embargo, en las primeras dos décadas de la Guerra Fría, se hicieron evidentes las tensiones en el escenario global, donde los modelos de familia y las formas de relación entre los jóvenes comenzaron a transformarse. La igualdad de género y el papel de la mujer se convirtieron en temas de discusión en la agenda internacional, impulsados en parte por la visibilidad que les dio la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y diversos grupos feministas. Aunque la Iglesia participó en estos diálogos, mantuvo su postura conservadora en relación con los roles de género y la familia tradicional, lo que generó un choque con los ideales promovidos por la ONU. Estos debates revelaron una tensión constante entre el discurso teológico de la Iglesia y el avance de los derechos de las mujeres frente a las estructuras patriarcales.

El autoritarismo estatal de mediados de siglo requería la aplicación de una disciplina respaldada por la Iglesia, que el Estado necesitaba para consolidar su proyecto. En ese sentido, la institución eclesiástica encontró beneficios en esa oportunidad y se fortaleció de nuevo como un actor político relevante. Su intervención en el espacio público era fundamental, ya que la religión católica seguía siendo un referente cultural compartido por la mayoría de los mexicanos. Y a pesar de los esfuerzos del Estado por avanzar en la secularización, entre 1940 y 1960 se dio una colaboración entre ambos actores, lo que permitió a la Iglesia recuperar su independencia política y liberarse del control estatal.³⁰³

En ese escenario, la reafirmación del papel de la familia por parte de la Iglesia y la ACM adquirió una importancia crucial. El rechazo a las nuevas tendencias de la modernidad se utilizó como justificación para exaltar de la convivencia entre lazos matrimoniales y consanguíneos durante la época del milagro mexicano y del desarrollo compartido. La familia nuclear se consolidó como un modelo a seguir a mediados del siglo, cuando el escenario económico y demográfico permitió el impulso de su figura. La cultura patriarcal, profundamente arraigada, y el arquetipo de la familia grande, organizada bajo el matrimonio y “la consagración de mujer a la domesticidad”, se consolidaron.³⁰⁴ Las aspiraciones de este modelo se sostenían

³⁰³ Loaeza, “Clases medias y autoritarismo”, pp.156-157.

³⁰⁴ Arrom, "Historia de la mujer", 1992, p. 401.



en la división de roles, donde la mujer se dedicaba al hogar y el hombre era proveedor. Este modelo se cumplió hasta que México alcanzó un desarrollo significativo en áreas de salud y economía a mediados del siglo XX. Es posible que décadas anteriores y durante el siglo XIX, las dificultades económicas y sociales hayan impedido su verdadera consolidación.³⁰⁵

Ese arquetipo, donde el padre era proveedor, y la mujer se asumía como ama de casa, se afianzó hasta bien avanzado el siglo XX. Se volvió más habitual en la sociedad que las mujeres contrajeran matrimonio, dieran a luz varios hijos y vivieran con un hombre proveedor. No es que ese modelo patriarcal no existiera anteriormente, sino que su consolidación se hizo posible hasta mediados de siglo. Los avances en la salud pública, el aumento demográfico y los cambios en “patrones matrimoniales” estimularon el canon de la familia nuclear.³⁰⁶ Ello permitió su alineación de manera efectiva con los discursos políticos, religiosos y científicos predominantes, que promovían mayormente un régimen emocional basado en la obediencia, domesticidad y maternidad.

Aunque es claro que no todos los individuos pudieron ajustarse a ese arquetipo, el modelo de la familia nuclear fue ampliamente aceptado y promovido entre los sectores de la clase media, la élite política del Estado, los médicos y empresarios. En el caso de la ACM, se destacó la importancia de la unión familiar, considerándola como una institución aglutinadora de la sociedad mexicana y un buen espacio crucial para el ejercicio de la moral católica. La familia no solo reforzaba las guías de comportamiento y convivencia, sino que permitía designar los roles de género desde el hogar. Era el primer contacto con la sociedad de los individuos para establecer las labores sociales de los hombres y mujeres.

Durante el periodo de estudio, la ACM implementó diversas estrategias que subrayaban la trascendencia de la familia como institución medular de la sociedad, Esto generó una competencia entre los discursos seculares y eclesiásticos sobre el control de la moral y la estructura familiar. Entre las acciones más relevantes de la ACM, destacó la organización de la "Semana de la familia" junto con la colaboración

³⁰⁵ Arrom, "Historia de la mujer", 1992, p. 401.

³⁰⁶ *Ibid.*, 1992, p. 401.

de la Legión Mexicana de la Decencia (LMD). En este tipo de eventos se abogaba por la conservación de la moral y el cuidado de los niños y jóvenes. Se argumentaba que estos últimos, aún estaban desarrollando los “sentimientos de justicia y de rectitud, de los deberes y las obligaciones”.³⁰⁷

La LMD surgió a mediados de la década de los treinta, y fue conformada por laicos, su labor se concentró en supervisar los contenidos cinematográficos y de entretenimiento para el control del tiempo libre de los católicos. Su activismo se concentró especialmente en la Ciudad de México. Las acciones de la LMD fueron supervisadas por la ACM y la jerarquía católica nacional, y también se orientaban acorde a las normas del Vaticano. Su misión era la “corrección de los ‘errores’” de la modernidad y la modernización, su labor era “reeducadora de lo moral para la ciudadanía en general”.³⁰⁸

Tanto la Semana de la familia, como la LMD establecían líneas de trabajo para reforzar la moral en la familia y los roles tradicionales de género. Estos esfuerzos se inscribieron en el marco del régimen emocional católico, y contribuyeron al seguimiento de normas de comportamiento dentro de la comunidad. La celebración de la “Semana de la familia” requirió de una enorme logística, en la cual se involucraron miembros de la Acción Católica Mexicana (ACM), la Unión de Federaciones de la Mujer Católica (UFCM) y la Juventud Católica Femenina Mexicana (JCFM). Estos grupos acordaban una narrativa en común para difundir entre la población mexicana los comportamientos o tendencias que ponían en riesgo la integridad familiar.

La participación de la UFCM y la JCFM refleja el compromiso activo de las mujeres católicas en la promoción y defensa de la familia. Los organizadores de la “Semana de la Familia” expresaban una creciente inquietud por las conductas de “locura”, observadas en la niñez, la juventud y los adultos. Estas amenazas sociales se manifestaban a través del exceso de sensualidad, el consumo desmedido de bienes materiales y el abuso del “confort”. Actividades de ocio, como la lectura de revistas pornográficas o libros inmorales, la asistencia a bailes, el cine y los

³⁰⁷ S.a., “Reglamentos para censores de la L.M.D”, *Apreciaciones*, diciembre de 1940, pp.7-8.

³⁰⁸ Ramírez, “Recristianizar para salvar”, 2022, p.126.

balnearios, también se consideraban riesgosas. Las madres eran frecuentemente culpadas por no controlar estos comportamientos, debido a los descuidos en sus responsabilidades morales del hogar.³⁰⁹

La Legión Mexicana de la Decencia (LMD) instaba a la comunidad católica a vigilar a los cineastas para que éstos contribuyeran en “el campo moral y educativo”. Solicitaba a los padres de familia participar en comisiones de censura que regulasen los filmes, para que las películas abordaran únicamente contenidos históricos, obras de poetas y escritores nacionales.³¹⁰ La misma legión emitía comunicados, respaldados por el episcopado nacional, e invitaba a los empresarios del cine a que moderaran la exhibición de cintas durante la cuaresma y la semana santa. Se citaban las palabras del papa Pío XII para demandar que “los esparcimientos del cuerpo y del espíritu” fueran “dignos del hombre racional y conformes con la integridad de las costumbres”.³¹¹

Según la LMD, el descuido de la familia era atribuido a la negligencia de las madres, quienes supuestamente priorizaban las vanidades, modas o compromisos sociales. Esta crítica extendía su alcance incluso a aquellas que rechazaban la lactancia por el hecho de conservar y preferir la belleza de su cuerpo. Ante tales quejas, la Junta Nacional de Acción Católica instaba a las madres a retomar los caminos del sacrificio y abnegación, y argumentaba que el abandono de los miembros de la familia había desencadenado la perdición de los más jóvenes.³¹²

Las estrategias impulsadas por la ACM y la LMD, no sólo pretendían fortalecer la institución familiar desde una perspectiva de lo moral, sino también, fungían como promotores de los roles tradicionales de género. Estas normativas aceptadas dentro de la comunidad emocional, reforzaban la idea de que la

³⁰⁹ “Los enemigos del hogar”, Campaña Semana de la familia, 1946-1959, Archivo Histórico de la Biblioteca Francisco Xavier Clavigero (en adelante AHBFXC), exp. 2.5.1.2, pp. 1-4. Nota: La mayoría de los documentos citados de este archivo están numerados con sus propias páginas, no por fojas.

³¹⁰ “Los enemigos del hogar”, Campaña Semana de la familia, 1946-1959, AHBFXC, exp. 2.5.1.2, pp. 1-4.

³¹¹ “A los sres. Empresarios cinematógrafos de la república”, Legión Mexicana de la decencia, marzo 12 de 1956, AHBFXC, exp. 2.16.11, fs. 1-2.

³¹² “Los enemigos del hogar”, Campaña Semana de la familia, 1946-1959, AHBFXC, exp. 2.5.1.2, pp. 1-4.

maternidad y el cuidado del hogar debían reflejar un compromiso moral basado en la obediencia, la responsabilidad y solidaridad.

La familia considerada como la única institución divina y sociedad natural, era vista como una institución sobreviviente al paso de los siglos y civilizaciones. Asimismo, su importancia residía en proporcionar un orden al ser humano en un entorno doméstico. Su papel era el de la perpetuación de la especie y la transmisión de la vida humana. La familia se entendía como la "...célula del organismo social", por lo que se tenía que procurar, ya que su daño podía representar un drama, "la muerte de la sociedad, como el mal y la muerte de las células vivas del cuerpo humano, es la enfermedad y la muerte del mismo cuerpo".³¹³ Este discurso, apelaba tanto a las nociones científicas y a las emociones, resaltaba el peligro de la desintegración familiar, para reforzar su papel como el núcleo de la sociedad.

A finales de los años sesenta, algunos miembros de la ACM afirmaban que el mundo estaba corrompido por costumbres de "ligereza y frivolidad", y que la familia cristiana debía alejarse de esos males. Para combatirlas, se sugería la práctica del rezo del rosario por las tardes con todos los integrantes del hogar, pues era una práctica que se estaba esfumando en la patria. Se creía que el rezo traería bendiciones a la familia, y que en el caso de las mujeres gestantes brindaría la "alegre fecundidad" y una 'madre feliz rodeada de hijos'. Ante todo, la responsabilidad del rezo estaba a cargo de las mujeres de la familia.³¹⁴

Asimismo, el avance de la "civilización técnica", marcada por los progresos tecnológicos y científicos de la época, causaba impresiones positivas, pero también un sentido de alarma entre los católicos. Por un lado, se reconocían los beneficios que estos avances podían aportar a la calidad de vida, pero también, se percibían problemas emergentes en las estructuras sociales y económicas, tales como "desintegración, divorcio, problemas educativos, rebeldías de la juventud, angustias por el número de hijos, y muchas cosas más". En ese contexto, Xavier Massimi, representante del Movimiento Familiar Cristiano (MFC) de gran presencia en

³¹³ "La influencia social de la familia", Campaña Semana de la familia, 1946-1959, AHBFXC, exp. 2.5.1.2, pp. 1-4.

³¹⁴ "La piedad en el hogar", Campaña Semana de la familia, 1946-1959, AHBFXC, exp. 2.5.1.2, pp. 1-5.

Latinoamérica, ofrecía una respuesta optimista sobre los avances y cambios morales. Massimi, señalaba lo siguiente:

“...estamos descubriendo y se está comenzando a vivir una riqueza nueva: el profundo sentido de la paternidad, la promoción de la vida y de la dignidad humana en el seno de la familia, la importancia del amor, la responsabilidad que comparten la paternidad y la maternidad. Nos estamos madurando. Vamos avanzando, nos conocemos mejor y tenemos la oportunidad de vivir más íntegramente.”³¹⁵

A pesar de los cambios modernizadores que afectaban la moral, veía en el Massimi veía en el progreso material una oportunidad para fortalecer la estabilidad y trascendencia de la familia.³¹⁶ No obstante, su postura optimista, tendía a homogenizar las condiciones sociales de la población, pues asumía que todos los católicos mexicanos podrían tener acceso a ese progreso. En realidad, los beneficios de la modernización y los avances tecnológicos no alcanzaban a todas las clases sociales. Este desequilibrio motivó a la ACM a plantear soluciones para problemas como la pobreza o desnutrición, los cuales eran un obstáculo para concretar los ideales de la familia que perseguía la comunidad católica.

El discurso de mejora social, también impulsó a la ACM a buscar alianzas con organizaciones seculares, para incluirse en debates sobre cómo abordar estos problemas y empaparse de lo que estaban haciendo en lo secular. A mediados del siglo XX, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y sus agencias manifestaron una creciente preocupación por abordar problemáticas socioeconómicas en los países “subdesarrollados”, incluyendo a México. Durante las décadas de 1950 y 1960, el concepto de *desarrollo social* fue ganando aceptación a nivel global, con el reto de reducir las desigualdades y mejorar las condiciones de vida en las naciones en desarrollo. Como resultado, tanto gobiernos como organizaciones internacionales adoptaron este enfoque para mejorar las condiciones de las poblaciones más vulnerables.³¹⁷

³¹⁵ Massimi, “Dios padre, origen, modelo y término de nuestra paternidad”, *Acción femenina*, junio de 1968, pp.4-5.

³¹⁶ Massimi, “Dios padre, origen, modelo y término de nuestra paternidad”, *Acción femenina*, junio de 1968, pp.4-7.

³¹⁷ Fuentes, “Entre reivindicaciones sexuales”, 2014, p.167.

En esa dinámica, la ONU reorientó su agenda, que hasta entonces había estado más enfocada en lo económico, para concentrar sus esfuerzos en la construcción de políticas relacionadas con la salud, la educación, y la alimentación. En este proceso, varios grupos que anteriormente habían sido marginados por las políticas gubernamentales y por la propia la ONU, comenzaron a ocupar un lugar central en la agenda del “desarrollo mundial”; entre ellos, destacó el grupo de las mujeres. Ese cambio explica, en parte, el largo trayecto que las mujeres tuvieron que recorrer para ser consideradas como tema prioritario internacional; un reconocimiento que se consolidó en la agenda de la ONU entre 1970 y 1975.³¹⁸

El diálogo entre los discursos seculares y religiosos se evidenció en la forma en que algunos integrantes de la UFCM y la JCFM se interesaron por la información difundida por la ONU sobre las mujeres y la vida familiar. Un ejemplo significativo de este acercamiento se dio en junio de 1964, cuando Consuelo Cueto de Reyes, miembro de la UFCM, asistió como invitada y observadora al Seminario de Educación para el Hogar. Esta reunión, organizada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en el Centro Médico del IMSS, convocó a varios países latinoamericanos para discutir temas como “la situación cultural, económica y social de la familia Latinoamericana” y la enseñanza para el hogar. Aunque podría parecer que un evento de este tipo estaría en contradicción con los ideales de la Iglesia católica, a la UFCM le preocupaba que sus representantes estuvieran al tanto de estos programas seculares, para adaptar aquello que desde su perspectiva, pudiera contribuir a la vida de las mujeres, siempre y cuando se preservara la moral católica.

Consuelo Cueto destacó que, aunque la FAO centraba su interés en la preparación intelectual y moral de la mujer, uno de los puntos clave era también la misión de la mujer en el hogar. El seminario abordó temas como la economía doméstica, “la familia como unidad cultural económica y social”, pedagogía y nutrición en América Latina. Consuelo consideró provechosa su asistencia al seminario, y se sintió motivada, ya que pudo notar que la UFCM y la JCFM ya habían manejado un enfoque similar de educación en el hogar desde hacía años, al que

³¹⁸ Fuentes, "Entre reivindicaciones sexuales", 2014, p.167



habían denominado “formación familiar”. Si bien la ONU estaba interesada en el desarrollo intelectual de las mujeres, fue la dimensión moral y doméstica lo que captó la atención de la observadora, quien expresó su entusiasmo por continuar con esta línea formativa. Propuso además organizar el curso de “Educación para el Hogar” a cargo de la UFCM, con temas que abordaran el papel de la mujer adulta, la formación de militantes y el desarrollo comunitario en vivienda, nutrición y educación.³¹⁹

Sin duda, este ejemplo nos permite observar que había un claro interés de las mujeres de la UFCM por mantenerse informadas de los asuntos sociales tratados por la ONU. Inclusive, a nivel internacional, desde la Unión Mundial de Organización Femeninas Católicas (UMOFC), que agrupaba 36 millones de mujeres católicas, se hacía un llamado para estar atentas a los comunicados de la ONU y demás organismos internacionales.³²⁰ Como parte de la UMOFC, la UFCM en México, se mostró atento frente a ese mandato y a la participación de esos debates.

El fenómeno de vigilancia sobre los discursos de la ONU por parte de la UFCM puede explicarse por dos motivos. En primer lugar, las agrupaciones femeninas y juveniles de la ACM tenían un genuino interés por promover mejoras socioeconómicas comunidades urbanas y rurales, a través del apoyo a la familia y a las mujeres como amas de casa. En segundo lugar, había una necesidad de conocer cuáles eran las políticas públicas que sugerían las agencias de la ONU para las mujeres y las familias; dado que el mundo secular de la posguerra representaba un desafío para el mantenimiento de la autoridad de la Iglesia Es probable que la institución percibiera que su influencia y relevancia en el contexto internacional se estaban debilitando. Por lo que, fue importante que la ACM adaptara ciertos elementos del orden secular para mantener su legitimidad ante la comunidad católica.

En la década de los sesenta, el protagonismo de la ONU en discusiones sobre la familia como núcleo de desarrollo socioeconómico y cultural, así como la

³¹⁹ Cueto de Reyes, "Seminario de educación para el hogar", *Acción Femenina*, agosto de 1964, pp.22-23.

³²⁰ UMOFC, "Seminario sobre promoción de la mujer y formación de militantes", 1963, AHBFXC, exp. 2.20.37, p.3.



nutrición, la educación y la seguridad alimentaria en América Latina, respondía al contexto global de ese momento. Tras la Segunda Guerra Mundial, los acuerdos de paz y los pactos encabezados por las Naciones Unidas, propiciaron la reconfiguración de los derechos humanos. Surgió una nueva categoría derechos humanos, denominada de “tercera generación”, que se centró en problemas y necesidades de la Guerra Fría; como el derecho al desarrollo libre de los países, la paz, el acceso a un medio ambiente bueno para la salud, entre otras cosas. La generación de estos derechos exigía una cooperación a nivel nacional e internacional, que demandaba la participación de los Estados, instituciones públicas y privadas, y de los individuos.³²¹

En ese contexto, cobra sentido que las organizaciones femeninas de la ACM, participaran en reuniones de trabajo de la ONU en México y en otros países. Para la Iglesia católica, era necesario observar de cerca las medidas sobre la población en los organismos internacionales, con el fin de adaptar su discurso religioso a los vertiginosos cambios de la posguerra. Aunque no siempre coincidían con las propuestas seculares, la Iglesia buscó demostrar su interés y disposición para ayudar con las causas sociales. Esta época reflejó las tensiones discursivas internas de la Iglesia, que intentaba mantener su relevancia en un escenario internacional de cambios.

Por ejemplo, en la década de los sesenta, el debate sobre rol de la familia y el papel de las mujeres en la sociedad continuaba como tema de discusión global. Durante la Conferencia Mundial del Año Internacional de la mujer, en 1975, se discutieron aspectos sobre las estructuras familiares, y tanto los miembros de la ACM y la jerarquía siguieron los detalles del evento. En la reunión se discutieron numerosos temas, y varios representantes aplaudieron la promulgación de leyes en diferentes países que establecían mejoras en el entorno familiar y un acuerdo de igualdad de responsabilidades y derechos entre ambos cónyuges del matrimonio. Al mismo tiempo, los asistentes expresaron su preocupación por las dificultades a

³²¹ “Los derechos humanos de tercera generación”, Instituto de Investigaciones Jurídicas/UNAM, s/f. pp. 103-104. Consultado en línea el 12 de abril de 2024: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1531/10.pdf>

las que se enfrentaba la familia nuclear, al observar que "...se veía atrapada en los rápidos procesos de la modernización, la urbanización, la industrialización y la migración".³²²

Además, en la conferencia se admitía que, pese a los avances alcanzados en las leyes, "la estructura patriarcal" no se había modificado de manera sustancial. En las familias, la toma de decisiones continuaba siendo encabezada por los varones, considerados los jefes del hogar. Frente a ese punto, proponían que las mujeres adquirieran más representación en casa a través de la independencia económica, ya que la falta de ésta provocaba que las mujeres dependieran de sus maridos. Cuanta mayor libertad económica tuviera las mujeres, más se abrirían más opciones de desarrollo para ellas. Vinculado a esto, otra recomendación clave era la planificación familiar, que no sólo mejoraría la salud y bienestar de las mujeres, sino también la estabilidad de parejas.

Asimismo, se subrayaba que las tareas domésticas recaían en las mujeres desde la infancia hasta la vejez, lo que generaba una carga desproporcionada. Se hizo un llamado a modificar las relaciones dentro del hogar para que hubiera una repartición de tareas más igualitarias entre el marido y la esposa. Se refirieron a algunos casos en el mundo donde "marido y mujer compartían las responsabilidades familiares, sobre todo cuando ambos trabajaban fuera del hogar", aunque no de manera equitativa. Los representantes comunicaron su interés en transformar las relaciones familiares, en especial para que las tareas domésticas y el cuidado de los fueran compartidos entre ambos cónyuges. Lo anterior porque observaban que los muchachos criados en hogares donde las labores eran distribuidas entre sus padres, tenían a mostrar menor resistencia a la aceptación de la igualdad entre sexos.³²³ La reunión tuvo como objetivo problematizar las condiciones de la mujer como actor social en el mundo.

A pesar de las discusiones, la postura adoptada por la Iglesia católica fue reservada y algo escueta. Sus reacciones se centraron en promover la igualdad de

³²² "Tendencias y cambios actuales en la condición y el papel de la mujer y el hombre", Naciones Unidas, *Conferencia mundial del año internacional de la mujer*, 25 de junio de 1975, pp.5-7.

³²³ "Tendencias y cambios actuales en la condición y el papel de la mujer y el hombre", Naciones Unidas, *Conferencia mundial del año internacional de la mujer*, 25 de junio de 1975, p. 7.

las mujeres en la sociedad, sin abordar de forma crítica los problemas estructurales del patriarcado, que era uno de los motivos para convocar la celebración del Año Internacional de la Mujer. La Iglesia demostró un interés superficial, pues su intervención en el debate de estos temas buscaba mantenerse a la vanguardia frente a los cambios de la modernización, pero sin un compromiso claro con las transformaciones en las relaciones de género que oprimían la condición de la mujer. En sus comunicados, la Iglesia solicitaba el apoyo de las parroquias locales para lograr los objetivos del Año Internacional de la Mujer. Incluso apelaba al Concilio Ecuménico Vaticano II, recordando a los fieles que también debían ser “miembros activos y responsables...bajo la guía de los Pastores”, pues debían colaborar con las solicitudes de la jerarquía.³²⁴

Al emitir sus comunicados oficiales, la Iglesia declaraba ideas enraizadas en lo conservador, porque evidentemente no podía alejarse de la doctrina. La Comisión de estudio del Vaticano sobre la Mujer en la Sociedad y en la Iglesia afirmaba que esa reunión tenía como principal objetivo el papel de la mujer, pero sin cuestionar de manera crítica las estructuras patriarcales en la sociedad o en la propia Iglesia. La comisión afirmaba que su objetivo era el siguiente:

“restituir a la mujer la plenitud de dignidad que le había sido conferida inicialmente por el Creador y que el pecado e innumerables acontecimientos históricos han ido ofuscando en gran parte. Cuanto más se esfuerce la Iglesia en ayudar a la mujer, en el seno del pueblo de Dios, a asumir el puesto y realizar la misión que proféticamente se delinear en las primeras páginas de la Biblia y que se proclaman en el Evangelio, tanto más ayudará a la sociedad humana un empeño similar de promoción y liberación de la mujer en el ámbito de las realidades terrenas”.³²⁵

Este discurso evidenciaba una visión idealizada del pasado, en la que se esperaba que las mujeres asumieran los roles tradicionales de la maternidad, cuidado doméstico y sumisión, lo que contrastaba con las exigencias de igualdad que planteaba el Año Internacional de la Mujer. De hecho, la noción de regresar a la “plenitud de dignidad” otorgada a las mujeres por Dios, sugería un retorno a los

³²⁴ Comisión de estudio sobre la Mujer en la Sociedad y la Iglesia, “Año Internacional de la Mujer”, 1975, AHBFXC, exp. 2.20.27.3, p.5.

³²⁵ Comisión de estudio sobre la Mujer en la Sociedad y la Iglesia, “Año Internacional de la Mujer”, 1975, AHBFXC, exp. 2.20.27.3, p.5.

roles tradicionales, donde las mujeres debían responder a las expectativas al ser madres abnegadas y bajo la tutela de sus esposos.

Esa referencia se remontaba al Génesis en el Antiguo Testamento, donde después de que Adán y Eva comieron el fruto prohibido en el Edén, Dios, promete a Eva que sufriría dolor en cada embarazo y parto.³²⁶ Esta afirmación podría interpretarse como una justificación para normalizar que el sufrimiento en el parto como algo natural e inherente al cuerpo femenino, perpetuando los estereotipos de sufrimiento y abnegación asociados a las mujeres como madres. Por otro lado, en el Nuevo Testamento, dentro del libro de Efesios la sumisión de las mujeres hacia sus maridos se reforzaba en el matrimonio cuando se decía que:

“Las casadas estén sujetas a sus propios maridos, como al Señor. Porque el marido es cabeza de la mujer, así como Cristo es la cabeza de la iglesia; y él es el salvador del cuerpo. Así que, como la iglesia está sujeta a Cristo, así también las casadas *lo estén* a sus maridos en todo. Maridos, amad a vuestras esposas, así como Cristo amó a la iglesia, y se entregó a sí mismo por ella, para santificarla...”³²⁷

Este mandato transmitía una noción de desigualdad entre hombres y mujeres, donde las esposas debían subordinarse a los maridos. Así, la “misión proféticamente” establecida en la Biblia, que contrastaba con el compromiso por la igualdad de género, revelaba una contradicción en la narrativa manejada por la Iglesia en la década de 1970. Estos fragmentos bíblicos, más que promover la equidad, contriúan a reforzar las relaciones de poder y respondían a las estructuras patriarcales que sometían a las mujeres a la autoridad masculina. La idea de regresar a la dignidad otorgada por el creador, como lo planteaba la Iglesia, evidenciaba esta contradicción, ya que no enfrentaba los problemas de fondo, como la desigualdad estructural y el patriarcado. Por tanto, el discurso de la Iglesia entraba en conflicto con las propuestas de Naciones Unidas sobre la igualdad de género y la mejora de las condiciones de vida de las mujeres durante esa década.

Adicionalmente, el papel de la familia fue señalado como esencial para garantizar el correcto progreso de la mujer. Se afirmaba que la “familia humana” de

³²⁶ “Génesis”, *Antiguo Testamento*, p.6.

³²⁷ “Efesios”, *Nuevo Testamento*, 5:22-26, pp. 1868-1869.

frente al año de 1975 debía actuar de acuerdo al principio de igualdad, pero siempre bajo la supervisión de la Iglesia para asegurar la coherencia. De no cumplir ese mandato, las acciones serían juzgadas bajo el poder de la “fuerza profética” y a la “luz del Evangelio”, especialmente en el contexto de los diversos fenómenos que marcaban el desarrollo de la “mujer moderna”.³²⁸

A lo largo de este análisis, hemos observado como las dinámicas de poder de la religión, a través de la Iglesia y la ACM, se entrelazaron para conservar los roles de género tradicionales. Estos roles legitimaban el lugar de las mujeres en el ámbito doméstico y familiar, considerado como piedra angular de la sociedad. Al mismo tiempo, la modernización y los cambios sociales representaron un desafío para el modelo tradicional de familia, ya que las nuevas tecnologías y la mayor participación de las mujeres en el ámbito laboral generaron tensiones en las estructuras patriarcales que de algún modo la Iglesia intentaba preservar. En ese contexto, el cuerpo de la mujer gestante, fue relevante en las narrativas de control y regulación emanados tanto de la Iglesia como del Estado, fue concebido como un vehículo de reproducción biológica, y como un pilar para mantener el orden social y estabilidad de la familia.

Las discusiones globales sobre la igualdad de las mujeres, dentro marco de la propuesta de los derechos humanos de tercera generación, obligaron a la Iglesia a involucrarse en la reflexión sobre el papel social femenino. No obstante, su participación ocurrió de manera superficial, ya que continuó ofreciendo una visión que mantenía a las mujeres bajo el mandato de la maternidad y el cuidado familiar, sin apoyar un cambio inmediato por la transformación de la vida de las mujeres durante el contexto de modernización de México.

³²⁸ Comisión de estudio sobre la Mujer en la Sociedad y la Iglesia, “Año Internacional de la Mujer”, 1975, AHBFXC, exp. 2.20.27.3, p.9.

3.4 Mujeres trabajadoras y modernas: un problema para el ejercicio tradicional de la maternidad

Durante el periodo comprendido entre 1950 y 1960, la ACM y la jerarquía de la Iglesia en México se consolidaron como actores clave en la definición y establecimiento de valores culturales sobre lo femenino y masculino. Ambos enmarcados en un *régimen emocional* que tenía como base la consolidación del matrimonio y la familia. Estos discursos contaban con el respaldo de actores sociales como Juan XXIII y Pablo VI, lo que otorgaba a la ACM, como *comunidad emocional*, la autoridad para abogar por la preservación de las costumbres católicas, centradas en mantener la delicadeza y sensibilidad femenina, incluso en los entornos laborales. La figura de la mujer gestante ocupó un lugar relevante en este discurso, ya que su función reproductiva reforzaba idea de la mujer como pilar del hogar y de la estabilidad familiar.

En este apartado, se exploran dos discursos de la ACM sobre mujeres trabajadoras de la ciudad de México. El primero aplaudía iniciativas como la creación de la Casa Hogar Comedor y el Instituto Femenino Hogar y Cultura, los cuales desempeñaron un papel fundamental en la configuración de un régimen emocional que promovía el desarrollo de las mujeres en entornos controlados, cuando éstas se encontraran fuera de su hogar y lejos de su familia o esposo. Estas instituciones respaldadas por la ACM, permitían una versión legítima de la participación femenina en el ámbito laboral, siempre y cuando se mantuviera alineada a las expectativas tradicionales de la Iglesia. Apoyaban el desarrollo de la mujer en el espacio público, pero con una frecuente vigilancia del comportamiento femenino.

El segundo discurso se centraba en implementar estrategias para fomentar el retorno de las mujeres al hogar, basadas en argumentos sobre el amor materno y el rescate la integridad familiar, como una forma de contrarrestar el impacto de la modernidad. Mientras, por un lado, se les brindaba apoyo logístico y económico a las trabajadoras, por otro lado, la creciente participación de las mujeres en el ámbito laboral generaba preocupaciones dentro de la ACM; lo que llevó a implementar

estrategias que fomentaban regreso al hogar, utilizando discursos que apelaban al valor emocional de la madre y a la relevancia de conservar la unión familiar. En ese sentido, la idealización del cuerpo gestante se utilizaba como argumento para que las mujeres dejaran el trabajo y volvieran al hogar, al destacar que la reproducción y la estabilidad familiar, dependían de su presencia en casa.

En el panorama que hemos observado sobre la idealización de una sociedad basada en la familia, también se aprecian preocupaciones vinculadas al papel de la mujer en el trabajo. Esas inquietudes se manifestaban a través del rechazo y el temor a que las mujeres abandonaran las labores domésticas para dedicarse al trabajo remunerado. El Estado y la Iglesia mostraban preocupación por la creciente presencia femenina, especialmente en varias ciudades del país. Temían que esto las apartara de sus responsabilidades y comprometiera su moral, por ejemplo, al involucrarse en relaciones amorosas sin consentimiento familiar o presentar embarazos fuera del matrimonio.

Como reflejo de esas inquietudes, durante 1940 y 1950 se llevó a cabo una ola de “saneamiento y moralización” en la ciudad de México. Este enfoque buscaba controlar situaciones socialmente inaceptables, como el consumo de drogas, el alcohol y la perpetración de crímenes. Las autoridades capitalinas emprendieron medidas de reorganización, como la clausura de burdeles, la lucha contra las enfermedades venéreas, el control de la sexualidad, la lucha contra las toxicomanías, el alcoholismo y la criminalidad. El objetivo de este reordenamiento era fortalecer a los hogares tradicionales, y defender “las costumbres honestas de la mujer mexicana”.³²⁹

Se esperaba que las mujeres cumplieran con los estándares conservadores de la época, que las colocaba como futuras madres cuyos cuerpos estaban destinados a gestar y criar a hijos. Aquellas que no se ajustaban a los parámetros eran representadas como mujeres vulnerables y carentes de moral para ejercer la maternidad. Esa narrativa se observaba incluso en los filmes mexicanos de mediados de siglo, donde los cineastas plasmaron a dos tipos de mujeres: las que cumplían con las normas de comportamiento y las que rompían con los roles

³²⁹ Santillán, “Mujeres Non Sanctas”, 2013, pp. 67-68.



sociales impuestos.³³⁰ Después de la Segunda Guerra Mundial, los medios de comunicación divulgaron los arquetipos como la “novia-amante”, la “novia-virgen” y la “esposa-madre”,³³¹ por lo que esos referentes se basaron en una visión extrema de la conducta y emociones de las mujeres, y privilegiaban la feminidad vinculada a lo doméstico.

Desde el siglo XIX, en el imaginario mexicano se consolidó el ángel del hogar, una mujer abnegada y dedicada a lo doméstico. Sin embargo, hacia finales de ese siglo, con la modernización, surgió una creciente demanda de mano de obra femenina. Este aumento en la participación laboral de las mujeres se intensificó a lo largo del siglo XX, dificultando para muchas el seguir con el esquema de ama de casa y madre perfecta.³³² Las mujeres de mediados de siglo, en un contexto de modernización aún más intenso, se enfrentaron con discursos de poder emitidos por la Iglesia, el Estado, la medicina y las industrias culturales. Aunque desde la Acción Católica Mexicana (ACM), se insistía en el papel femenino como ama de casa; para muchas capitalinas fue imposible seguir ese esquema. Para aquellas mujeres que no podían permanecer en lo doméstico, se ofrecieron alternativas para cuidar de su reputación en el espacio público, aunque a menudo se enfrentaron a estigmas y prejuicios por ser mujeres trabajadoras.

Un ejemplo de esas opciones de cuidado para la mujer que laboraba fue narrado por la Unión Femenina Católica Mexicana a inicios de la década de los cincuenta. El arzobispo primado de México, Luis Ma. Martínez, acudió a la bendición del local de la institución “Protección a la joven” en la capital. Dicho local fue edificado en el número 65 de la Calle de Venustiano Carranza. El objetivo de este lugar surgió con la intención de responder a las inquietudes por cuidar de las jóvenes trabajadoras en la ciudad de México que no tenían tiempo para ir a comer a sus casas. En la revista *Acción Femenina*, por ejemplo, publicaba mensajes dirigidos a esas mujeres trabajadoras: “Las necesidades actuales han llevado a la mujer joven especialmente, a las oficinas y talleres, alejándolas de esa vida familiar en la que se formaron nuestras madres”. De esta manera, se reconocía como las

³³⁰ Tuñón, “Mujeres de luz y sombra”, 1998, pp. 43 y 72.

³³¹ Rocha, *Cómo se enamoraban*, 2004, p.191.

³³² Maza, “Hogar y maternidad”, 2017, p.87.



necesidades impulsadas por la dinámica del capitalismo alejaban a las jóvenes de la vida tradicional que se esperaba de ellas.

La creación del recinto Casa-Hogar y Comedor se promovió como un espacio para que las mujeres trabajadoras pudieran consumir alimentos. Sin embargo, más que un simple comedor público, este lugar funcionaba como un apoyo económico de la Iglesia para crear condiciones que favorecieran la adecuada socialización femenina.³³³ Este tipo de lugares, también cumplía con la función de vigilar las relaciones femeninas fuera del hogar. La jerarquía católica expresaba su preocupación por la posibilidad de que, durante la hora de la comida, las mujeres pudieran relacionarse con individuos ajenos a su entorno doméstico, como compañeros de trabajo o sus amigas.

En ese sentido, los comedores colaboraban en la prevención de conductas poco decentes, como el uso de la hora del almuerzo para encuentros de noviazgo. El objetivo era que estos lugares funcionaran como una extensión del hogar y protegieran a las jóvenes de la convivencia con otros hombres que no eran de su familia. De hecho, en la imagen a continuación, se observa el día en que el arzobispo Luis Martínez visitó el comedor. En fotografía, se pueden observar algunas de las jóvenes que acudían a alimentarse al recinto, con sólo dos hombres presentes: es el sacerdote y un hombre que podría representar al encargado o dueño del local. Al fondo de la habitación, se puede apreciar en la parte superior de la pared, se aprecia una imagen de la virgen de Guadalupe, cuya presencia reflejaba el ambiente de religiosidad que se vivió aquel día.

³³³ Torres, "Proteger a la joven es servir a la Patria", *Acción Femenina*, enero, 1952, p.14.



Figura 1. "Proteger a la joven es servir a la Patria", *Acción Femenina*, 1952.

El ideal de la mujer trabajadora para la ACM debía ajustar al modelo de una heroína silenciosa, hogareña, resignada a los desvelos y sufrimientos. Por ello, los recintos recomendados por la asociación eran supervisados por los laicos, la jerarquía católica y, en algunos casos, por los padres de las jóvenes.³³⁴ En consonancia con este ideal, hacia 1953 surgió un recinto similar a la Casa-Hogar y Comedor, destinado a apoyar a las jóvenes que trabajaban por necesidad o que habían migrado a la ciudad. La creación de la "Residencia de las jóvenes trabajadoras" en la capital del país reflejaba una mentalidad paternalista bastante arraigada. Este establecimiento fue financiado por el empresario Cayetano Vigil, y

³³⁴ Mendoza, "A la mujer que trabaja", *Acción Femenina*, octubre, 1952, pp. 18-19.

dirigido por la congregación de madres javerianas, un grupo de mujeres que el empresario logró convencer para que vinieran a México desde España en 1949, para fundar el Instituto Femenino Hogar y Cultura. Las madres javerianas eran una congregación fundada, bajo el nombre de Institución Javeriana en 1941 en Madrid, y tenían como objetivo apoyar a la juventud femenina trabajadora, y apoyarla en los problemas frente "al abandono material y moral". Sus acciones en España, México y Colombia en la segunda mitad del siglo XX, se guiaron por el llamado del Concilio Vaticano II, en donde la Iglesia instaba a los religiosos a contribuir a los nuevos problemas del mundo.³³⁵

El interior de la residencia fue organizado por las madres javerianas y contaba con 3 pisos, 50 dormitorios, comedor, una capilla, y un campo deportivo. Además, en las instalaciones había alberca, canchas de voleibol y de básquetbol. Durante su estancia a las jóvenes se les impartían conferencias sobre "formación familiar, social, moral", la asistencia a estas era opcional, pero recomendada. El funcionamiento del lugar se sostenía con modestas cuotas correspondientes al salario de las trabajadoras, aunque las de recursos más limitados podían contar con una media beca otorgada por las javerianas.

Durante los tiempos libres, las residentes podían disfrutar de "saludables diversiones", como nadar, leer, acostarse en el pasto, "ingerir sándwiches y refrescos, o simplemente a charlar". Aunque la asistencia a la misa dominical en la capilla era obligatoria, las actividades recreativas ofrecían un equilibrio entre el esparcimiento y la vida religiosa. Los requisitos de ingreso a la residencia eran ser soltera y tener entre 17 y 32 años de edad. Según la revista *Juventud*, hacía 1966, la residencia albergaba a 105 mujeres.³³⁶ Estos espacios representaban una valiosa alternativa para las mujeres de clase media y media baja, especialmente para aquellas que migraban de otros estados en busca de oportunidades a la Ciudad de México. La residencia y el comedor no solo ofrecían seguridad, sino también un ambiente accesible y protector frente a las dificultades que atravesaban las mujeres en la capital. En un contexto de marcadas desigualdades de género y limitaciones

³³⁵ S/a, Quiénes somos, s/f. < <http://www.javerianas.net/> > [Consulta: 22 de julio de 2024.]

³³⁶ "Por las jóvenes que trabajan", *Juventud*, noviembre de 1966, s.p.



sociales, estos lugares ofrecían apoyo a las jóvenes, pero también reforzaban el control sobre sus comportamientos y movimientos, ayudándolas a enfrentar las dificultades de la vida urbana, aunque siempre dentro de los roles tradicionales asignados a las mujeres.

Desde la perspectiva católica y tradicional promovida por ACM, estos alojamientos ayudaban a evitar que las jóvenes cayeran en situaciones inmorales. En una urbe densamente poblada debido a la industrialización y la modernización económica, con problemas de delincuencia, toxicomanía, prostitución, la residencia se presentaba como un refugio seguro. La vida nocturna, vista como peligrosa, y el comercio sexual, que era una alternativa para muchas mujeres debido a las mayores remuneraciones en comparación con empleos en el servicio doméstico o la industria local, representaban riesgos tanto físicos como sociales. Por ejemplo, en 1955, una prostituta podía ganar entre 400 y 2000 pesos al mes, mientras que el salario mínimo era de 7.08 pesos diarios.³³⁷

Consciente de estos riesgos, la ACM promovía discursos sobre el cuidado del cuerpo de la mujer en el espacio público, sobre todo en el trabajo y los momentos de ocio. La libertad que las mujeres estaban comenzando a ejercer debido a los cambios que trajo la modernidad, se consideraba como un riesgo para su destino maternal y su deber reproductivo. Frente al constante peligro de la prostitución, la ACM operó con ciertas estrategias para vigilar las interacciones femeninas, por medio de la Campaña de Moralización del Ambiente, se recomendó a las jóvenes tomar precauciones al salir a la calle y no exponerse a peligros.

Se les recomendaba evitar paseos en grupos de ambos géneros sin la supervisión de una “persona de orden” y abstenerse del uso de bicicletas o automóviles en dichos paseos. Al asistir a albercas mixtas y playas, debían evitar vestimentas provocativas. La responsabilidad de las jóvenes era cuidar de su cuerpo, porque si les sucedía cualquier situación “provocadora”, sería completamente su culpa. Por lo tanto, se les pedía cubrir su cuerpo adecuadamente,

³³⁷ Santillán, “Mujeres Non Sanctas”, 2013, pp. 77-79.



se les pedía no usar vestidos sin mangas, ajustados, demasiado cortos o de telas transparentes.³³⁸

El gradual desenvolvimiento de la mujer en el espacio público, generó una respuesta que invitaba a mantener las costumbres tradicionales, sustentadas en estereotipos que fomentaban la maternidad, y como hemos visto, promovían un régimen emocional basado en la mujer dócil, caritativa, tierna, amorosa y dispuesta a sacrificarse por los hijos, su esposo y su familia. Este discurso de la ACM, recibió un amplio respaldo desde el Vaticano. En mayo de 1966, en *Acción Femenina* se publicaron extractos de la opinión del pontífice Paulo VI sobre las mujeres en el ámbito laboral. Aunque reconocía la contribución social de las mujeres, enfatizaba que nunca debían perder su delicadeza y sensibilidad. El Papa también señalaba que esa nueva faceta de la mujer debía alinearse con los deberes cristianos, y advertía sobre el riesgo de caer en la vanidad o dejarse llevar por la “la emocionante aventura de trabajar en una oficina que comparten con muchos hombres”. Asimismo, criticaba a las mujeres casadas, que, aburridas de la vida doméstica, buscaban empleo, y rechazaba a quienes lo hacían con el propósito de encontrar un esposo.³³⁹ En definitiva, su reconocimiento a las mujeres trabajadoras era ambiguo, pues aprovechaba ese mismo espacio para evidenciar lo inapropiado del mundo laboral. La UFCM compartía la postura del pontífice sobre la búsqueda de marido, desalentaba la idea tomar un trabajo para evitar casarse y “no complicarse la vida”.³⁴⁰

Las críticas sociales a la mujer trabajadora eran constantes en esta última agrupación. En 1966, Josefina Chávez González, una frecuente escritora en *Acción Femenina* abordaba el problema de las madres ausentes en casa debido al trabajo. Se refería a aquellas mujeres que trabajaban en oficinas para complementar el sueldo de sus maridos y mejorar las finanzas familiares. Sin embargo, expresaba su desaprobación hacia las que trabajaban por insatisfacción con el "modesto" sueldo del esposo, por el deseo de adquirir comodidades y "mil accesorios" para el hogar, o por su rechazo a las "sencillas labores" de la vida doméstica, como cocinar

³³⁸ “Campaña Nacional de Moralización del Ambiente”, *Acción Femenina*, octubre, 1952, pp. 10-11.

³³⁹ Chávez, “El trabajo fuera del hogar”, *Acción Femenina*, mayo, 1966, pp.14-15.

³⁴⁰ Muñoz, “¿Por qué no te casaste?”, *Acción Femenina*, junio, 1968, pp.14-15.

y organizar la casa. También criticaba a las esposas que, aburridas de la vida conyugal, buscaban revivir antiguos momentos de gloria.

Para invitar a la reflexión de las lectoras, se apelaba a los sentimientos de la soledad, evidenciaba escenarios en los que el esposo extrañaba a la madre ausente. Josefina citaba expresiones como: 'Ojalá que al acabar de pagar la televisión, Carmen acepte dejar de trabajar y se resigne a que vivamos solo con mi sueldo'. Incluso sugería buscar soluciones para que aquellas mujeres que trabajaban por necesidad, dejaran de hacerlo. Para reforzar su argumento, Josefina recurría a las palabras del difunto Papa Juan XXIII, citaba sus encíclicas para expresar su indignación por el abandono femenino del hogar, donde el pontífice señalaba: "No hay quien no vea esta dispersión de energías, esta ausencia prolongada del hogar, ponen a la mujer en condiciones de no poder cumplir debidamente sus deberes de esposa y madre". En la imagen a continuación, se destaca el dramatismo de un padre, que, frente a la ausencia de su madre, resguarda solo a su hijo en el hogar.



Figura 2. ¿“Y tu mamá” ?, *Acción Femenina*, junio, 1966.

Para ofrecer una solución al incremento del trabajo femenino, Josefina sugería una alternativa ofrecida por algunos sociólogos, quienes recomendaban que las mujeres adoptaran trabajos de media jornada. De esta manera, podrían reducir su ausencia en el hogar y coincidir con los horarios escolares de sus hijos y los horarios laborales de sus esposos. Aunque Josefina reconocía la necesidad económica que impulsaba a muchas mujeres a trabajar, esperaba que esta situación se resolviera con el tiempo para no comprometer la estabilidad familiar. Enfatizaba que 'la mujer es un factor económico muy interesante; pero es, ante todo, una persona humana. Una persona humana privilegiada con la maternidad'.³⁴¹

Este enfoque establecía una visión paternalista que, aunque reconocía el valor económico de la mujer, anteponía su rol maternal y doméstico sobre el laboral. Para Josefina, la solución ideal era encontrar un equilibrio que permitiera a las mujeres continuar su función primordial como madres, sin abandonar por completo el espacio público, pero siempre bajo las expectativas tradicionales que coincidieran con los objetivos de la UFCM y la Iglesia

3.5 Inquietudes católicas sobre la “liberación femenina”, los anticonceptivos y la planificación familiar (1960-1975)

En este apartado observaremos la compleja tensión entre la Iglesia, la ACM y los discursos que exigieron la liberación de las mujeres. Temas como el ejercicio de la maternidad, la elección sobre el número de hijos que querían tener las madres, el uso de anticonceptivos y la planificación familiar generaron polémica en las décadas de los sesenta y setenta, y para la Iglesia no pasaron desapercibidos. Al mismo tiempo, las demandas expresadas por los distintos grupos feministas comenzaron a ejercer presión sobre el Estado y la Iglesia, por lo que de manera inevitable tuvieron que involucrarse en conversaciones incómodas, que en muchos casos, intentaron preservar el *statu quo*.

La modernización de las prácticas sociales y culturales en los jóvenes permitió el diálogo y la discusión sobre temas como el sufragio femenino, la lucha

³⁴¹ Chávez, “Y tu mamá?”, *Acción Femenina*, junio, 1966, pp.6-7.



por los derechos reproductivos y laborales. A través de distintas manifestaciones, los jóvenes desafiaron las estructuras tradicionales del Estado y la Iglesia, los roles tradicionales de género, los cuales se sostenían a partir de la familia, la maternidad y la domesticidad. En 1953 las mujeres lograron el derecho a votar por primera vez en la historia del país. Ese acontecimiento fue crucial para que lograran mayor representación y libertad en el espacio público en las siguientes décadas. La lucha por la igualdad de género y los derechos surgió de los cambios de actitudes y formas de pensar que la modernización cultural trajo consigo, los jóvenes y las mujeres, fueron quienes comenzaron a desafiar las normas tradicionales de género.

Durante el periodo del milagro mexicano, la fuerza de trabajo femenina se incorporó rápidamente a los sitios laborales en los centros urbanos, lo que llevó a que, después de 1960, se empezara a registrar las ocupaciones por diferencia de sexo en los censos. Este aumento en la presencia femenina en el ámbito laboral coincidió con un crecimiento en las demandas sociales, en el cual se exigió un país con mayor democracia, algo que se evidenció en el movimiento de 1968. Desde finales de los cincuenta, muchos estudiantes universitarios de la Universidad Nacional (UNAM) se distanciaron de la ideología política corporativista del Estado y del PRI (Partido Revolucionario Institucional), y se inclinaron por ideas cercanas a la izquierda. Además, la Revolución cubana de 1959, inspiró para esos estudiantes, que pasaron de ser meros espectadores a convertirse en una oposición directa régimen priista, lo que desencadenó movilizaciones sociales por la democracia en la población universitaria.³⁴²

Las manifestaciones estudiantiles, especialmente la del 68, motivaron la unión de las mujeres por una lucha más pública y determinada por sus derechos. Ese contexto impulsó la formación de un movimiento feminista en México a finales de esa década.³⁴³ Este movimiento conocido como “la segunda ola”, “la nueva ola” o “neofeminismo mexicano”, compartía elementos occidentales, como el hecho de que sus integrantes provinieran de una formación universitaria y urbana de la clase media. Además, sus demandas no solamente buscarían poner fin a la desigualdad

³⁴² Rivas, *Proceso de formación*, 2004, 287-299.

³⁴³ Jaiven, “Emergencia y trascendencia”, 2011, p.152.



de género, sino que también abogaban por mayor autonomía del cuerpo femenino. Tópicos como la libertad sexual y la capacidad de elegir sobre el cuerpo, el aborto, la planificación familiar, la desigualdad salarial frente a los hombres, la discriminación y violencia contra las mujeres, fueron parte del debate internacional feminista que se desarrolló en México.³⁴⁴ Los impactos de la modernización y el feminismo se reflejaron en aspectos como la disminución de matrimonios por la Iglesia, ya que la gente prefería casarse por el civil, y en las transformaciones de las prácticas de unión de parejas.³⁴⁵

La nueva ola feminista reflejaba la insatisfacción de muchas jóvenes que ya no querían permanecer en el ámbito doméstico. Muchas de ellas ya habían pasado por los niveles de educación superior o se habían integrado al mercado laboral. Además, esa inconformidad coincidió con la incapacidad del Estado para lidiar con las consecuencias sociales y conflictos originados por la modernización, pues el milagro mexicano había comenzado a entrar en decadencia. Las feministas cuestionaron el orden del sistema político hegemónico. El movimiento feminista encontró apoyo en las élites intelectuales y la izquierda mexicana, y se enfocó en buscar las mejoras en la vida cotidiana para las mujeres y en transformar las relaciones de género.³⁴⁶

Para la década de los setenta el movimiento se diversificó a través de militancias de partido, se formaron pequeños grupos en “las luchas del movimiento sindical independiente, la academia, los medios de comunicación, el arte...”. En ese complejo contexto de agitación social, las demandas feministas se integraron con fuerza a la discusión pública, encontrando eco en la sociedad,³⁴⁷ a pesar del conservadurismo estatal y eclesiástico.

En un país con una arraigada cultura católica, fue difícil adaptar las demandas feministas inmediatamente. Aunque la Iglesia católica mostró cierta empatía frente al aumento de las mujeres solteras y madres trabajadoras; se opuso al uso de la píldora anticonceptiva, la legalización del aborto y la autonomía de las

³⁴⁴ Jaiven, “Emergencia y trascendencia del neofeminismo”, 2011, p. 150.

³⁴⁵ Felitti, “De la mujer moderna”, 2018, p. 1347.

³⁴⁶ Jaiven, “Lo personal es también”, 2017, pp. 232-236.

³⁴⁷ *Ibid.*, p. 236.

mujeres sobre su propio cuerpo. Esto no fue sorprendente porque dentro del catolicismo era obvio que la promoción de la vida tenía que ser un esfuerzo constante por asegurar el futuro de la humanidad a través de la reproducción y estar en paz con los designios de Dios.

A pesar de las discrepancias, la Iglesia y la ACM siguieron de cerca los debates nacionales e internacionales sobre los derechos de las mujeres, siempre mantenían siempre una distancia frente a propuestas progresistas. La ACM, a través de la UFCM y la Junta Nacional de Acción Católica, colaboró estrechamente con la jerarquía católica para informar y actuar sobre estos asuntos. Su labor se dividió en dos aspectos, el primero se enfocó en informar a las laicas sobre los peligros de esas demandas progresistas. El segundo en reportar y tomar nota de las discusiones seculares de organizaciones como la ONU que involucraban las mejoras de vida de las mujeres, así como las demandas de grupos feministas nacionales y del primer mundo.

Uno de los tópicos que capturó la atención de estos grupos fue el control de la natalidad y las alternativas seculares al problema. En 1968, se publicó la encíclica *Humana Vitae* que, como indicamos en el capítulo I, comunicaba las discrepancias del papa Pablo VI respecto al control de la natalidad a través de métodos sin concordancia con la moral católica, como el aborto o los anticonceptivos.³⁴⁸ La preocupación por el aumento demográfico no era compartida por la Iglesia, incluso la UFCM llegó a retratar con cierta ironía las advertencias de organismos internacionales como la FAO ³⁴⁹ o la ONU, que señalaban las dificultades futuras de suministro de alimentos debido al crecimiento poblacional en el tercer mundo y otros países fuera de éste. La UFCM consideraba exageradas las medidas de países como Estados Unidos que buscaban regular su cantidad de habitantes.³⁵⁰

La UFCM coincidía con el pontífice, se oponían tanto al aborto, como la anticoncepción, eran reprobables en cualquier circunstancia. A la interrupción del embarazo la definían como un método repudiable que se hacía en secreto con un médico u otra persona. En cuanto a las píldoras anticonceptivas, las consideraban

³⁴⁸ Gudiño, "Aborto, sexualidad", 2018, p.86.

³⁴⁹ S/a, "El problema de la población en la tierra", *Acción Femenina*, octubre, 1964, pp.14-15.

³⁵⁰ Acevedo, "El mundo ante la encíclica", *Acción Femenina*, octubre, 1968, pp.6-7.



como una herramienta química producida por la ciencia de la época, cuyo uso había sido explotado comercialmente por empresas. La UFCM también criticaba a las parejas que empleaban esas píldoras exclusivamente para el placer, en un “ambiente de sensualidad”, ya que se percibía como una “exaltación del sexo” sin responsabilidades.³⁵¹

El papa Pablo VI reconocía la urgencia de los problemas sociales y económicos del mundo, como la falta de vivienda, educación y los cambios en la vida cotidiana. Sin embargo, consideraba radical que para solucionar el aumento demográfico se tuviera que limitar la cantidad de hijos por familia o se acudiera al uso de anticonceptivos o “procedimientos artificiales” para evitar nacimientos. En su lugar, proponía una solución más acorde a las normas del catolicismo, recordaba que en la pareja yacían dos aspectos inseparables, el de unión y el de la procreación, por lo que era indispensable transmitir la vida que otorgaba Dios.³⁵²

En ese sentido, el único método de anticoncepción aprobado era el del ritmo, que consistía en tener sexo durante “los periodos infecundos que son naturales en la mujer como único admisible para evitar la procreación”. No obstante, este método debía ser utilizado en caso de que la pareja no quisiera tener más hijos y ya contara con algunos en su familia, porque de otra forma no podía utilizarse para evitar embarazos.³⁵³

La institución eclesiástica se manifestaba en contra de la interrupción del embarazo en cualquier circunstancia. En octubre de 1974, la UFCM a través de su columnista Jesús Pavlo Tenorio, comunicó sus puntos de vista conforme a ese tema en México. Pavlo expresaba su indignación ante el debate sobre el aborto en México, especialmente al enterarse de que un grupo de mujeres se había acercado a la Cámara de Diputados para solicitar la legalidad del procedimiento. Su asombro fue mayor al saber que algunos líderes de opinión de la época, reaccionaron positivamente porque el aborto legal beneficiaría la salud de las mujeres y las alejaría de los sitios clandestinos.³⁵⁴

³⁵¹ Acevedo, “El mundo ante la encíclica”, *Acción Femenina*, octubre de 1968, pp.6-7.

³⁵²“Paulo VI. Humana Vitae”, *Acción Femenina*, octubre de 1968, p. 19.

³⁵³ Acevedo, “El mundo ante la encíclica”, *Acción Femenina*, octubre de 1968, pp.6-7.

³⁵⁴Pavlo, “El aborto. Una cruel sentencia de muerte” *Acción Femenina*, diciembre, 1974, pp.20-21.

Pavlo advertía que quienes realizaban un aborto se expondrían a la excomunión de la Iglesia, pues se consideraba era de las “formas más dolorosas de asesinato”, “un atentado contra los derechos inalienables de la persona humana” y “la forma más bárbara de control natal”. Tachaba las demandas de legalización como un exceso de liberalismo de las mujeres solicitantes y aplaudía la respuesta de una representante del Partido Acción Nacional (PAN), quien había indicado que esa petición iba “contra el sentir religioso del pueblo”. Para Pavlo ningún tipo de liberación femenina podía justificar ese acto y quitar la cualidad de crimen contra un ser indefenso, le parecía que iba en contra de los mandamientos.³⁵⁵

Cualquier intervención en el funcionamiento natural del cuerpo, según el designio de Dios, era rechazada, especialmente si truncaba o modificaba el curso de la maternidad, el matrimonio y la familia. La fecundación in vitro era otro procedimiento fuertemente criticado, era visto como contrario a la naturaleza del funcionamiento normal del cuerpo de la mujer, y que además promovía la masturbación, la manipulación de óvulos y deshumanizaba a una segunda mujer que no pertenecía al matrimonio. La Iglesia señalaba que era un indicio de exterminio humano, ya que iba contra las reglas comunes de reproducción, y además, si la fecundación in vitro no funcionaba se convertía en aborto. El papa Paulo VI criticaba estos experimentos ginecológicos como un “eugenismo pagano” que pretendía dar la sensación de “derecho de ciudadanía con las prácticas más aberrantes”, ya que estos procedimientos podían generar la persistencia de abortos, infanticidios y eutanasias.

Estas reacciones conservadoras reflejan los temas que causaban controversia por la transgresión de la moral cristiana. La vida reproductiva de las mujeres, la salud sexual y el control de la natalidad fueron discutidos con mayor profundidad en la en la década de los setenta por organizaciones internacionales, algunos médicos y movimientos feministas. La Iglesia católica en México y el laicado confiaban demasiado en su sólida base de creyentes en el país y subestimaban la trascendencia de estos asuntos, se mostraron incrédulos de las discusiones políticas de esos tópicos en los grupos de feministas y sobre las iniciativas que tomó

³⁵⁵Pavlo, “El aborto. Una cruel sentencia de muerte” *Acción Femenina*, diciembre, 1974, pp.20-21.

el mismo Estado hacia la aceptación de la planificación familiar. La unión discursiva del *modus vivendi* entre el poder eclesiástico y estatal, cada día quedaba más lejana esa alianza, especialmente porque el Estado comenzó a implementar acciones que iban en contra de la doctrina católica.

La gradual aceptación de las demandas feministas, o al menos su tolerancia, comenzó a ocupar espacios en México durante la década de los setenta. Un ejemplo de ello, fue la acogida en 1975 de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer de la ONU y la Tribuna de las Organizaciones no Gubernamentales en la capital. Sin embargo, es importante destacar que esa flexibilidad no emanaba de un respaldo genuino por las demandas feministas, sino más bien del interés del Estado mexicano en mejorar su imagen tras el movimiento de 1968. En ese escenario, el gobierno de Luis Echeverría intentó fomentar un ambiente democrático que prometía una sociedad con mayores libertades, lo que implicó hacer cambios en las leyes para garantizar la igualdad de género.³⁵⁶

Ese viraje en el discurso del Estado con respecto a la concesión de derechos a las mujeres, contrastó con la antigua alianza político-religiosa que tenía con la Iglesia en la que predominaba el papel de la mujer doméstica y la familia nuclear. La iglesia y la ACM no ignoraron esta apertura hacia las demandas femeninas y vigilaron de cerca los asuntos tratados en la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer y la Tribuna de las Organizaciones no Gubernamentales. Ambas instituciones trataron de informarse sobre los eventos que pretendían mejorar las condiciones de vida de las mujeres y se mostraron tolerantes con las propuestas y discursos modernos, pero no hay que olvidar que en el fondo se seguían acotando a elementos conservadores sobre la mujer.

Sobre la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, la UFCM consideraba que el evento debía ser un objeto de interés para las mujeres católicas, pues las instaba a examinar a los objetivos propuestos por la ONU a la luz del compromiso cristiano y nacional. La UFCM invitaba a un conocimiento más cercano del significado de lo femenino a través de la siguiente cita: “Vamos a reconocernos mejor: nuestro organismo, las etapas de nuestra vida, nuestras funciones,

³⁵⁶ Jaiven, “Emergencia y trascendencia”, 2011, p.154-161.



posibilidades, derechos y deberes, realidades y exigencias, nuestras facultades, etc.” Pese que se reconoció la importancia de los temas tratados en la conferencia, la UFCM advirtió a las mujeres católicas sobre posibles desacuerdos vinculados con los tópicos la reunión, por lo que las animaba a compartir sus impresiones o dudas en la agrupación.³⁵⁷

La labor que se atribuía la Iglesia como aporte al Año Internacional de la Mujer se expresaba en varias líneas. Hacía un llamado a los pastores para que apoyaran en la reflexión de los ‘signos de los tiempos’, las características de la mujer moderna y los términos en los que se debía conceder la igualdad entre sexos; esta igualdad era válida si se acotaba a los criterios de Dios. En aras de encontrar la justicia social, invitaba a eliminar la discriminación “por motivos de sexo, raza, color, condición social, lengua o religión”, y a tener cuidado con las imágenes que dañaran la dignidad y representación femenina en los “mass media”.³⁵⁸ Se dudaba sobre la independencia de la mujer en el espacio público, según la Iglesia, la identidad femenina debía estar cerca de representar a la virgen María y su castidad.

En noviembre de 1974 Helvi Sipila, entonces asistente del secretario de las Naciones Unidas y secretaria general para el Año Internacional de la Mujer, recibió un discurso del papa para discutir "la participación de la mujer en la vida comunitaria de la Iglesia y de la sociedad". El pontífice reconocía que la Iglesia tenía el interés en fomentar la participación de la mujer en la sociedad y el reconocimiento de sus derechos. No obstante, recordaba que la célula de la sociedad seguía siendo la familia, y que la mujer debía conservar y apoyar su desarrollo junto con el hombre. El pontífice señalaba que la dignidad y misión de la mujer se podría entender desde un "punto sólido de referencia de la figura de la Virgen Santísima", y equiparaba a la virgen con una imagen de "las esperanzas de los hombres de nuestro tiempo".³⁵⁹

A pesar de la disposición eclesiástica para brindar apoyo moral en el Año Internacional de la Mujer, es relevante subrayar que su postura ideológica no

³⁵⁷ S/a, “1975: ¡Año de la Mujer!”, *Acción Femenina*, octubre de 1968, pp.6-7.

³⁵⁸ “El Año Internacional de la Mujer: Un compromiso para la Iglesia”, Comisión de estudio sobre la mujer en la sociedad y en la Iglesia, 1974, AHBFXC, exp. 2.20.27.3, p.4.

³⁵⁹ Pablo VI, “Del mensaje de S.S. Pablo VI para la Jornada de la Paz 1975”, Comisión de estudio sobre la mujer en la sociedad y en la Iglesia, 1974, AHBFXC, exp. 2.20.27.3, pp.9-10.

experimentó transformaciones sustanciales con respecto percepción de la mujer, más allá de las capacidades que iban allá del parir y ser madre. Los conceptos de fertilidad y domesticidad permanecieron inseparables de la maternidad, eso provocó que la institución eclesiástica se rezagara en los temas que discutían modificaciones modernas en las estructuras familiares y el papel femenino.

Aunque la Iglesia mostró un aparente entusiasmo por los derechos femeninos, era casi imposible que la Iglesia aceptara la planificación familiar sugerida por los representantes de la conferencia de 1975. Durante el evento se abordó el asunto de las altas tasas de fecundidad en el mundo, y se enfatizaba que entre más hijos tuvieran las mujeres, éstas sufrirían de un agotamiento físico mayormente pronunciado; por lo que se destacó la necesidad de poner en marcha la planificación de la familia, “no sólo como medio para resolver los problemas demográficos, sino también como un derecho humano fundamental”. Asimismo, se planteó la urgencia de que los gobiernos en el mundo se encargaran de difundir las bases para la planificación familiar, y así, los padres pudieran elegir el número de hijos y el tiempo de nacimiento entre cada uno.³⁶⁰

Estas iniciativas para el control poblacional a través de la planificación familiar ya eran un tema en discusión desde 1960, las cuales fueron colocadas como un tema de prioridad por la ONU en los setenta. En México, el Estado modificó su narrativa pronatalista de la posrevolución para integrarse gradualmente hacia la de planificación familiar. Bajo el mandato de Luis Echeverría se implementaron políticas orientadas al control poblacional, y se emprendió una campaña que justificó estas medidas con el señalamiento de fenómenos complejos como la ausencia de padres por la migración y el aumento de las mujeres en el mundo laboral. Adicionalmente, la presión ejercida por las Naciones Unidas también fue un factor relevante en la aprobación de estas nuevas políticas.³⁶¹

A partir del año de 1974 se consolidaron las iniciativas para solucionar los problemas de población y reproducción en el país, así que para aterrizar los

³⁶⁰ “Integración de la mujer en el proceso de desarrollo en pie de igualdad con el hombre”, Naciones Unidas. Conferencia Mundial del Año Internacional de la mujer, 29 de junio de 1975, AHBFXC, exp. 2.20.27.3, pp.9-10

³⁶¹ Soto, “Lets become fewer”, 2007, pp.21-22.

objetivos para mejorarlos se fundó el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Dicha institución tenía como propósito el guiar hacia estrategias de planificación familiar y el mejorar las condiciones de salud materna e infantil. El aumento demográfico era considerado un problema muy serio por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y en ese contexto ambos promovieron el uso de anticonceptivos. Frente a esto, muchos países del tercer mundo estuvieron de acuerdo con el uso de los fármacos, entre ellos México. En el territorio nacional se aplicaron medidas como la distribución gratuita de anticonceptivos orales en hospitales o algunos centros de salud.³⁶²

Finalmente, para 1975, el Estado mexicano se promocionaba como una institución a la vanguardia de las demandas internacionales por la salud de las mujeres. Se supo adaptar al contexto, aunque en la práctica muchos de los funcionarios públicos no creían verdaderamente en el respeto por la igualdad entre géneros. Por otro lado, la Iglesia y las agrupaciones de la ACM se quedaron atrás en las discusiones sobre los problemas de la mujer, debido a la resistencia y tensión frente a algunas medidas que ponían en riesgo la supervivencia de la moral cristiana, como el uso de anticonceptivos y el abandono gradual del estereotipo doméstico y maternal.

3.6 Conclusiones

En este capítulo hemos podido observar cómo la Iglesia y la Acción Católica Mexicana, con la colaboración de organizaciones como la Unión Femenina Católica Mexicana (UFCM), articularon discursos arraigados en la moral religiosa, donde el cuerpo de la mujer gestante se convirtió en un elemento clave. Estas narrativas definieron al cuerpo desde lo biológico, pero también lo comprendieron desde lo productivo y moral, en el que residieron las preocupaciones políticas y sociales del milagro mexicano. Como vimos en el capítulo I, las intenciones estatales eran el mantenimiento de una nación densamente poblada a través de políticas

³⁶² *Ibid.*, pp.22-23.



protonatalistas, un objetivo con el que la Iglesia coincidió e impulsó incluso después del viraje hacia los programas de planificación familiar.

Desde la visión de la Iglesia y la ACM el cuerpo de las mujeres estuvo sujeto a narrativas que buscaban preservar a través de él valores tradicionales del género y la familia, tales como la maternidad como vocación, la dedicación al hogar, la sumisión a la autoridad masculina y el sacrificio personal por el bienestar de su entorno doméstico. Estos discursos retrataron un ideal de mujer basado en el cumplimiento de los papeles de esposa y madre abnegada. Las normativas difundidas por las instituciones religiosas comúnmente buscaban mantener un orden social y moral que conservara las expectativas de un régimen heteropatriarcal.

Asimismo, hemos observado que la Iglesia y la ACM se dirigían principalmente a las mujeres de clase media, a quienes se les instaba a adoptar innovaciones de la época -como el uso de electrodomésticos-, mientras seguían cumpliendo con los roles de madres y esposas. Por otro lado, los discursos se dirigían, aunque en menor medida, a las mujeres de clase baja, quienes, a pesar de sus dificultades y limitaciones para adaptarse a la modernización, se esperaba que cumplieran con sus deberes morales y reproductivos dentro de la familia nuclear.

La UFCM a través de diversas iniciativas, colaboraba estrechamente con la AC, para difundir los ideales de moralidad y maternidad. Mediante charlas, actividades educativas y publicaciones como Acción femenina, jugó un papel esencial en la formación de mujeres para asumir los roles tradicionales. Contribuyó al control sobre el cuerpo femenino y procuró la transmisión de valores católicos a la sociedad mexicana.

El Vaticano, como máxima autoridad de la Iglesia, también fue protagonista en la articulación de estos discursos, pues estableció directrices sobre las relaciones de pareja, la planificación familiar y la defensa de la familia nuclear. Estas directrices legitimaban el control sobre el cuerpo femenino, especialmente el cuerpo gestante, y apoyaban la misión de la ACM. Este control, no solo físico sino también emocional, modelaba las conductas de las mujeres desde la juventud, asegurando que reprodujeran valores como la obediencia, docilidad y el sacrificio. Sin embargo, los

cambios sociales y la mayor participación de las mujeres en la vida pública introdujeron tensiones en este esquema, lo que llevó a la Iglesia, la ACM y la UFCM a reforzar sus discursos conservadores para proteger el modelo de familia nuclear.

Estos discursos, tanto en el ámbito privado como en el público, confinaban a las mujeres a los roles de madre y esposa, y limitaban su autonomía. El cuerpo femenino era visto como esencial para garantizar la continuidad del orden social, no solo a través de la reproducción biológica, sino también mediante la transmisión de los valores morales que sostenían el *statu quo*. De este modo, se perpetuaba un sistema que mantenía los roles de género tradicionales en la sociedad mexicana de la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, debido al surgimiento de exigencias por los derechos de las mujeres, estos mandatos fueron quedando atrás de a poco.



Capítulo IV. Guardián del cuerpo femenino: Los discursos del Estado que normaron la experiencia materna

Introducción

En este capítulo busca demostrar cómo el Estado mexicano articuló un discurso en torno al cuerpo de las mujeres gestantes y cómo se utilizó para normar la experiencia materna dentro de las instituciones de salud pública de la capital. Este fenómeno se desarrolló en un contexto de transición, marcado por el cambio de una política de pronatalismo a una de planificación familiar. Se examina cómo el discurso del Estado se alineó con los de la Iglesia, la medicina y las industrias culturales, y cómo promovió una identidad femenina basada en lo doméstico y maternal, sin otorgar derechos sexuales y reproductivos a las mujeres.

Del mismo modo, se analiza cómo enunciados emitidos por el Estado hacia el cuerpo femenino se centraron en una vigilancia rigurosa sobre el ejercicio de la maternidad, particularmente a partir de cuatro procesos biológicos del cuerpo: la concepción, la gestación, el parto y el postparto. Para el Estado mexicano, la justificación principal de la presencia de las mujeres en la sociedad era su labor como madres. Esta perspectiva no solo procuraba garantizar la reproducción desde el *cuerpo productivo*, sino también en asignar a las mujeres un rol que coadyuvara al mantenimiento del orden social y moral por medio de su función materna a través del *cuerpo moral*. Sin embargo, esta visión paternalista comenzó a modificarse gradualmente a finales de los años sesenta, cuando surgieron problemas y tensiones con organismos internacionales por el sostenido aumento poblacional en el país.

Este análisis nos permite comprender cómo la experiencia materna de las mujeres fue regulada por las instancias burocráticas, que dictaron pautas en la reproducción y la vida sexual de las mujeres fértiles. Entre 1940 y finales de 1960, el Estado se enfocó en optimizar los servicios médicos y mejorar los espacios de atención para las madres en las principales urbes y en los estados de la república. Este esfuerzo por el progreso material, a través de instalaciones sanitarias y el uso

de la tecnología, se trasladó al terreno de lo simbólico, ya que estableció nociones de género, de clase social y raza que influyeron en las formas de concebir la maternidad y el cuerpo femenino.

En ese sentido, es fundamental entender que el Estado reguló la reproducción y su ritmo mediante la exigencia de un cuerpo sano para gestar y parir; un organismo que independientemente de su clase social debía proporcionar hijos a la nación.³⁶³ Se produjo una convergencia discursiva entre el Estado, la Iglesia y la medicina, en la concepción de la experiencia materna y su inevitable vínculo con el cuerpo. La concepción, el embarazo, el parto y postparto se consideraban etapas necesarias que debían consolidarse y cumplirse bajo la responsabilidad inherente de las mujeres de salvaguardar la vida. La maternidad, dentro de las instituciones estatales, se concebía como una experiencia inseparable de las funciones biológicas femeninas, intrínsecamente vinculada a la reproducción en el cuerpo médico. Esta visión se justificaba no solo mediante nociones científicas, sino también a través del valor simbólico que la cultura cristiano-católica en México atribuyó a la reproducción humana, fundamentado en el culto a la madre.³⁶⁴

Sin embargo, este enfoque pronatalista empezó a perder fortaleza hacia finales de los años sesenta, debido a factores como el rápido crecimiento poblacional y la presión ejercida desde varias organizaciones internacionales, como la ONU, que instaban a tomar medidas para el control de la población. El Estado mexicano optó por implementar medidas para reducir la tasa de aumento poblacional y presentó las primeras estrategias de planificación familiar; en las cuales las mujeres debieron nuevamente adaptar sus cuerpos a las normativas

³⁶³ Según Nikolas Rose, para el siglo XX se dio un tipo de jurisdicción médica en Occidente, que no solamente se encargó de administrar las enfermedades, sino de la "administración de la reproducción, la evaluación, y el <<riesgo>>, y el mantenimiento y optimización del cuerpo sano". Enfoque que al acercarnos al contexto mexicano también se observa en las políticas emanadas de su Estado por medio de discursos y prácticas que buscaban ciudadanos sanos. Véase Rose, *Políticas de la vida*, 2012, pp.36-37.

³⁶⁴ Coincido con la propuesta de Ángeles Sánchez-Bringas, cuando señala que el concepto de maternidad es usualmente empleado para "designar diferentes procesos", desde las "ideas y prácticas" que norman la experiencia materna y se contemplan desde etapas como la gestación, la concepción, la crianza, la creación de identidades maternas, los valores, entre otras circunstancias. En el caso de este capítulo, las nociones científicas y religiosas de México en la segunda mitad del siglo XX dieron forma a las maneras de identificar a las madres y sus cuerpos. Véase Sánchez-Bringas, "Reflexiones metodológicas", 2009, pp.239-240.

médicas, ahora con la responsabilidad de gestionar su propia fertilidad y decidir sobre el número de hijos para su familia.

4.1 Ocuparse del cuerpo de la mujer: hacia una infraestructura renovada para su atención

Este apartado nos permitirá comprender cómo durante el periodo de estudio, el Estado mexicano mostró un interés especial por el mejoramiento de la salud de la población, lo que condujo a la implementación de varias medidas para garantizar un servicio médico con mayores alcances. Estas acciones, que inicialmente se centraron en la protección de la salud de las mujeres, y privilegiaron el embarazo, después se dirigieron hacia la planificación familiar. Este impulso por mejorar el sistema de salud se desarrolló durante el milagro mexicano, un periodo en el cual las políticas públicas que tenían como objetivo prevenir enfermedades infectocontagiosas y no transmisibles, y la ardua labor de apoyar la investigación científica.³⁶⁵

Para materializar estos objetivos en el sistema de salud pública, se implementaron una serie de reformas orientadas a la modernización y organización del sistema sanitario en el país, con un enfoque particular en la ciudad de México. En el contexto de esta investigación, percatarse del entorno urbano nos permite observar cómo políticas de salud, inicialmente pensadas para todo el país, se aplicaron primero en la capital, lo que explica el mayor número de clínicas destinadas a la atención materna en esta área. Ese fenómeno de centralización tuvo lugar entre 1940 y finales de 1960, durante el cual se establecieron destacados institutos de investigación, hospitales y clínicas de especialidades, diseñados para brindar atención a los trabajadores de la ciudad y, supuestamente, al resto de la población que requería de médicos especialistas.³⁶⁶

³⁶⁵Romo, "Historia de la salud", 1998, <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/#>>[Consulta: 17 de octubre de 2023.]

³⁶⁶ Monfort, *Cien años de prevención y promoción*, 2010, 97-98.



La restructuración del sistema sanitario incluyó eventos importantes, como la fundación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1943 y la promulgación de la Ley del Seguro Social, que prometía diversos servicios médicos a los trabajadores a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Además, en 1964 se consolidó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).³⁶⁷

Esos planes fueron impulsados desde 1940 por el presidente Manuel Ávila Camacho, quien en su sexenio inicio la ejecución de un “proyecto sistemático de construcción hospitalaria” desde la SSA. Este proyecto no solo buscaba crear una arquitectura hospitalaria moderna y funcional, sino que también transformar el nosocomio de un espacio exclusivo del médico, a un un refugio ‘humanitario y amable’ para la población.³⁶⁸ Sin embargo, siempre con la ambición de que fuera un recinto lo más equipado posible.

Dentro de esa lógica de entusiasmo por la construcción de espacios sanitarios, entre las décadas de 1940 y 1960, se erigieron de importantes hospitales en la capital, como el Instituto de Cardiología, el Hospital Manuel Gea González, el Hospital Infantil de México, y se construyeron clínicas, éstas últimas también se edificaron, en el transcurso de los años, en varios estados de la República. A su vez, el Instituto Mexicano del Seguro Social se enfocó a la edificación y compra de varios recintos de sanatorios o clínicas. En 1945, el IMSS comenzó la edificación de la Clínica de Maternidad No. 1, seguido de la fundación del Hospital de Zona No.1 de La Raza en 1954 y del Centro Médico en 1961.³⁶⁹ Es evidente, que en este proceso, la salud de las madres fue considerada en la creación de infraestructura en la SSA y el IMSS, mediante la edificación de centros materno infantiles o también denominadas, maternidades.

No obstante, es relevante señalar que la intención de materializar espacios de atención dignos del milagro mexicano no fue suficiente para el sistema de salud mantener a la vanguardia. El alcance estatal de los nosocomios no fue tan eficaz como se esperaba, ya que paralelamente surgieron nuevas dificultades técnicas y

³⁶⁷ Monfort, *Cien años*, 2010, 97-98.

³⁶⁸ *Ibid.*, p.127.

³⁶⁹ *Ibid.*, pp. 128-129.



sociales que obstaculizaron su desempeño. El sistema sanitario comenzó a desgastarse en la década de los sesenta debido a la emergencia de varios factores como un sostenido aumento demográfico y la aparición de enfermedades a causa de la industrialización. A ello se le sumó la presencia de un innegable un ambiente político marcado por el populismo y la corrupción.³⁷⁰

A raíz del aumento del número de habitantes y los cambios en la vida cotidiana propiciados por el ritmo acelerado del capitalismo, uno de los grandes problemas fue el incremento de las enfermedades no transmisibles en la segunda mitad del siglo XX. La atención a de nuevos casos de diabetes, cáncer y de problemas cardíacos se convirtió en un reto para las instituciones de salud del Estado. Una de las soluciones que encontraron las élites políticas a esas dificultades sanitarias a finales de los sesenta y los setenta, fue el planteamiento de opciones de planificación familiar para enfrentar los impactos del crecimiento poblacional y reducir el número de hijos en cada hogar.³⁷¹

De modo que, el breve acercamiento a este escenario del sistema de salud nos permite identificar dos etapas clave sobre el cuerpo de la mujer gestante y la maternidad. La primera se sitúa a inicios de 1940, y culminó a fines de 1960, en la que se desarrolló en una cultura de género pronatalista que promovía un culto a la maternidad. En dicha etapa el Estado y los médicos imaginaban, a través de sus discursos un tipo de mujer socioeconómicamente estable, psicológicamente sana, informada sobre su salud, con el tiempo necesario para afrontar la maternidad por medio de la gestación de varios hijos. Por otro lado, la segunda etapa comenzó a finales de los sesenta y continuó durante toda la década de los setenta. Esta fase se distinguió por mostrar un apresurado viraje en el discurso estatal hacia la planificación familiar que, por primera vez, exigió a las mujeres cooperar con la vigilancia de su fertilidad en el cuerpo. Se esperaba que las mujeres previeran el

³⁷⁰ Romo, “Historia de la salud”, 1998, <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/#>>[Consulta: 17 de octubre de 2023.]

³⁷¹ Monfort, *Cien años de prevención y promoción*, 2010, p. 205.

número de hijos que tendrían, y con ello, cumplirían con las nuevas políticas de control natal del Estado.

4.2 La SSA: La salud materno-infantil y el naciente interés por la formalización de la salud ginecobstétrica

En este apartado nos enfocaremos en la visión del Estado hacia la figura de la mujer gestante como centro de culto a la maternidad. El cual se sustentó por medio de la adulación simbólica de la madre mexicana como virgen y creadora de la vida. Por lo tanto, al revisar esta etapa, se observan varios matices en el tratamiento de la corporeidad femenina y el significado de la experiencia materna que se le atribuyó. Desde 1940, hasta finales de 1960, la atención de la salud femenina estuvo influenciada por la herencia posrevolucionaria de políticas públicas basadas en el enfoque “materno-infantil”. Sin embargo, también se contemplaron mejoras en la higiene materna y la atención médica del cuerpo femenino desde la ginecobstetricia. Es crucial precisar que la salud de la madre fue ganando su propio espacio discursivo y material entre las instituciones médicas del Estado, especialmente por la consolidación de la especialidad en ginecología y obstetricia a mediados del siglo XX, aspecto que exploraremos en las siguientes páginas.

La salud de la embarazada se discutía a menudo en paralelo con la de los infantes. En 1940, el bienestar físico de los menores era asunto de prioridad para el Estado, y el cuidado de los niños recibió una especial vigilancia, tanto así que, en ocasiones parecía ser un asunto de mayor atención que la salud femenina. Ese interés se explicaba por el fuerte temor hacia la mortalidad infantil, un fenómeno que había ocurrido repetidamente en el país en las décadas después de la Revolución. Los niños eran vistos como los futuros ciudadanos y cuidar su salud desde edades tempranas aseguraría el ideal de una “población vigorosa, productiva y longeva”.³⁷²

³⁷² En la historiografía se ha señalado que, durante la primera mitad del siglo XX, entre 1922 y 1943, la salud de los infantes recibió particular atención por el Departamento de Salubridad Pública y después por la SSA. Desde el Estado se dispusieron espacios como los Centros de Higiene Infantil, la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y el Hospital Infantil de México, pináculos que fueron un antecedente de la consolidación de la pediatría en el país. Véase Alanís, “En el niño está el porvenir de la patria”, 2010, pp. 7-10.

Parte de la labor de la SSA fue promover que las madres recibieran educación y asegurarse que estuvieran preparadas para cumplir con la misión “encomendada... de velar por la salud de sus hijos y hacerlos elementos útiles a la sociedad”.³⁷³

Para alcanzar ese objetivo, se implementaron varias medidas. Durante el Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia, en 1946, los funcionarios sugirieron preparar a las mujeres para que aprendieran a cuidar a sus hijos; propusieron pláticas informativas sobre dietética infantil, puericultura y facilitar el acceso a escuelas para educarse en el cuidado de sus hijos desde su nacimiento.³⁷⁴ Para ello se propuso la instalación de varios Centros de Asistencia Materno Infantil, los cuales comenzaron a operar notablemente en el Distrito Federal en los cuarenta. Para 1946, existían 17 centros en de la ciudad, y 77 en el resto de la república. Estos recintos tenían la función de atender a las mujeres gestantes y vigilar su salud antes del parto, para luego cuidar la salud de los recién nacidos. Se promocionaban como sitios comprometidos con las madres y sus hijos.³⁷⁵

Preservar la vida de los infantes era una prioridad, con frecuencia las autoridades de la SSA insistían en adecuaciones para asegurar su salud y sobrevivencia, pues aún existía un temor estatal por el fallecimiento de niños. Como parte de los esfuerzos en esa dirección, para el año de 1952, las autoridades de la SSA exigieron que las instalaciones donde se resguardaran a los neonatos en los centros fueran con cunas de calefacción y resucitador por si acaso se llegaba a necesitar para los bebés. Frecuentemente se solicitaban mejoras en las maternidades y los Centros de Asistencia Materno Infantiles en el Distrito Federal y el resto del país,³⁷⁶ las cuales eran encabezadas por médicos como Alfonso Pruneda.³⁷⁷

³⁷³ “Asistencia al núcleo familiar”, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSSA), fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp.5, 1946, p.17. Nota: algunos de los expedientes aquí referidos son documentos que fueron numerados por páginas por los propios funcionarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

³⁷⁴ “Asistencia al núcleo familiar”, AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp.5, 1946, p.7

³⁷⁵ “Atención pre-natal”, AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp.5, 1946, p.1.

³⁷⁶ “Atención pre-natal”, AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp.5, 1946, f.1.

³⁷⁷ Alfonso Pruneda (1879-1957) formó parte del Ateneo de la Juventud, se desempeñó en áreas del desarrollo de la cultura en el país, fue un importante médico en el área de la medicina social y rector

Aunque el interés por la salud de los infantes era una prioridad, debe destacarse que la instalación por la SSA de estos centros y su multiplicación en las décadas de 1940 y 1950, representó un gradual apoyo gradual a las mujeres para atender sus embarazos y partos en las instalaciones ofrecidas por el Estado. El concepto de vigilancia prenatal ganó visibilidad en la ginecología mexicana debido al creciente interés en la salud de la madre y el feto durante la gestación. Este concepto influyó directamente en la construcción de espacios *exprofeso* para los partos y la recuperación puerperal, con el objetivo homogeneizar la experiencia materna en los hospitales. De ese modo, se establecieron centros en áreas urbanas como los que mencionaremos a continuación, los cuales resultaron insuficientes para brindar cuidados a la población de muchas otras zonas rurales. La infraestructura de la SSA comenzó a mostrar deficiencias para atender a la población en la década de los cuarenta. Lo que coincidió con el surgimiento de un sistema de seguridad social, el cual ayudó a reducir la sobrecarga de trabajo para la SSA.³⁷⁸ Fue un proceso institucional complicado y lleno de tropiezos en su ejecución, el cual permite identificar limitaciones que tuvo el Estado para responder a las necesidades de la creciente población, y pone en evidencia las desigualdades en el acceso a la salud en áreas urbanas y rurales.

A pesar de las dificultades, los servicios médicos dirigidos a la mujer gestante adquirieron mayor relevancia para las instituciones de salud, especialmente en los cuidados prenatales y la atención del parto. Esto probablemente se debió a dos factores: en primer lugar, al interés en reducir la mortalidad infantil y materna desde el discurso estatal, y en segundo lugar, a los avances médicos de la ginecología, que pudieron aplicarse de manera más contundente a partir de su consolidación como especialidad en México en 1946. Algunos ejemplos visibles del cuidado enfocado en el cuerpo de las madres en la ciudad de México ocurrieron durante el sexenio de Manuel Ávila Camacho, cuando se presentaron algunas ideas por

de la Universidad Nacional (1924-1928). S/a, Pruneda, 2015. <http://www.ahunam.unam.mx/consultar_fcu?id=4.24> [Consulta: 15 de agosto de 2024.]

³⁷⁸ Frenk, "Historia reciente de la asistencia materno-infantil en México", *Salud Pública de México*, sept-oct, 1983, p. 515.



homogeneizar el cuidado prenatal y el parto. En el Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia de 1946, en el informe titulado “Resumen de lo que se ha realizado para la protección de la madre durante el último sexenio”, se mencionaron como temas medulares pre-natal, las maternidades, los partos atendidos, los partos a domicilio y la promulgación de la Ley de maternidades. Durante ese sexenio, la atención pre-natal en el Distrito Federal se llevó a cabo en diecisiete Centros de Asistencia Materno-Infantiles, en los que se cuidó de 74,051 embarazadas; mientras que en el resto del país se atendieron a cerca de 281,062 mujeres embarazadas, en 242 Centros de Salubridad y Asistencia, 77 Centros de Asistencia Maternal e Infantil y 115 Unidades de Salubridad.³⁷⁹ Es importante resaltar que las maternidades públicas, eran recintos a los que acudían madres de escasos recursos, mientras que a las privadas probablemente asistían mujeres de clase media y alta.

Las cinco maternidades más relevantes que brindaban servicio en la ciudad a las embarazadas en los cuarenta eran: la Maternidad Anexa al Hospital General, la Maternidad Anexa al Hospital Juárez, la Anexa al Hospital Homeopático, la Maternidad de las Lomas de Chapultepec y la Centro Materno Infantil "Maximino Ávila Camacho". Además, ante la necesidad de más espacios para las madres, se planeó la construcción de otra importante maternidad, denominada “Arturo Mundet”, la cual se edificó en 1944, fue un proyecto asesorado por un médico y un arquitecto. Ese recinto se concibió para la atención ginecológica y obstétrica, con un enfoque muy cercano a la supervisión del trabajo social, con áreas educativas para capacitar a aquellas madres que acudieran a la maternidad; y un banco de sangre y de leche propio.³⁸⁰ Lamentablemente este proyecto no pudo prosperar en el tiempo, pues su inmueble fue solicitado en 1957 para trasladar el Hospital Infantil, ya que las instalaciones del nosocomio fueron dañadas por el terremoto de ese mismo año.³⁸¹

³⁷⁹ “Atención pre-natal”, AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 5, 1946, f. 1.

³⁸⁰ “Maternidades”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 5, 1946, f. 1-2.

³⁸¹ Prado-Vértiz, “Pasado y presente de la pediatría mexicana”, *Gaceta Médica de México*, Vol. 98, N°4, p. 478.

Estas maternidades desempeñaron un rol fundamental en la atención de las habitantes de la ciudad de México. Como ejemplo del tipo de funcionamiento que tenían, durante 1940 a 1946, en la Maternidad de Lomas de Chapultepec fueron atendidos 10,200 partos. Se decía que, en esta, a diferencia de las otras, iban madres que tenían un previo control pre-natal; con al menos 12 consultas en los Centros de Higiene y Asistencia Infantil. Asimismo, se presumía que en tal maternidad la mortalidad era de 10.9 muertes por 10,000 partos, lo que los médicos usaban como evidencia para demostrar el impacto positivo del control pre-natal en la reducción de fallecimientos de las mujeres, siempre y cuando estuviera bien coordinada.³⁸²

No obstante, para disgusto de las autoridades estatales y aun con los esfuerzos implementados en las maternidades, los partos a domicilio seguían siendo una práctica en el Distrito Federal, así como en los Estados y Territorios. Normalizar la vigilancia prenatal y los partos en instituciones públicas fue un proceso lento, ya que muchas mujeres se resistían a recibir atención en esos recintos por miedo a las experiencias negativas. De hecho, aunque no era lo más deseado, para la SSA los partos en casa resultaban más económicos, pues reducían costos de material y el uso de instalaciones. Esas intervenciones se llevaban a cabo fuera de las maternidades debido a la negativa de muchas mujeres a acudir a los hospitales por temor. El parto domiciliario era posible gracias a la coordinación de “brigadas educativas” conformadas por médicos, trabajadoras sociales, enfermeras visitadoras; que se encargaban de instruir a las comadronas empíricas por medio de un curso. En el Distrito Federal, esta atención domiciliaria se organizaba a través del Centro de Asistencia Materno-Infantil “Maximino Ávila Camacho”, un recinto que tenía una supuestamente influía sobre una población de 100,000 habitantes y se esperaba que este servicio domiciliario beneficiara a la zona que abarcaba,³⁸³ que

³⁸² “Maternidades”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 5, 1946, f. 3.

³⁸³ “Partos a domicilio”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 5, 1946, f. 4.

incluía una sección del bosque de Chapultepec,³⁸⁴ y muy próxima al área de Tacubaya.

Además del problema de los partos a domicilio, las autoridades de la SSA también estaban preocupadas por el adecuado funcionamiento de las maternidades particulares. Desde su perspectiva, era necesario un control de los servicios particulares, asegurar que cumplieran con el personal y el equipo necesarios que garantizara la protección de la vida de las madres y los recién nacidos. Con el fin de homogeneizar el tratamiento al parto, el 28 de marzo de 1945, se promulgó “la primera Ley de Maternidades y el 24 de mayo del mismo año la Reglamentación correspondiente”. El ginecobstetra Antonio Sordo Noriega confiaba en que con la promulgación de esta ley se aseguraría un adecuado cuidado obstétrico para las madres y una supervisión de los recién nacidos. Para 1946, ya se habían registrado 100 maternidades particulares para ser inspeccionadas, con el fin de corroborar si sus condiciones arquitectónicas, personal y equipo se ajustaba a lo estipulado en la ley.³⁸⁵

Ciertamente, la atención a los problemas de salud de madres e hijos recibió significativa atención a través de la creación de una amplia infraestructura. Se consideró esencial la existencia de Centros Materno Infantiles, hospitales para niños, Maternidades, comedores y clubes de Madres.³⁸⁶ Estos últimos servían como sitios educativos para que “las señoras de pocos recursos” tuvieran acceso a cursos de cultura general, información para aumentar sus ingresos económicos, así como datos sobre los desayunos escolares, talleres, guarderías infantiles y lavaderos públicos. Se pretendía que en todo el territorio mexicano y en cada Centro Materno Infantil, se formaran “clubes de madres” que contribuyeran a que las señoras mejoraran sus conocimientos sobre higiene, puericultura, ahorro y alimentación.³⁸⁷

³⁸⁴ Gómez, "Entre el miedo y la esperanza", 2021, p. 48.

³⁸⁵ "Ley de maternidades", AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 5, 1946, f. 5.

³⁸⁶ "Partos a domicilio" AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 5, 1946, f. 2.

³⁸⁷ "Hospitales Lomas", AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 5, 1946, f. 1-7.

Así que esta labor, se complementaría con el surgimiento de clínicas de ginecología y obstetricia del IMSS de 1945 en adelante.

Resulta notable que la atención materno infantil durante la década de 1940 y 1950, fungió como la antesala para el desarrollo por separado de las áreas de pediatría y ginecobstetricia, dado que los tratamientos de la salud del niño y de la mujer se fueron especializando cada vez más. El cuerpo de la mujer gestante recibió atención con mayor detenimiento por el interés en la preservación de su vida. La experiencia materna se definió por la necesidad de educar a las mujeres para gestar y parir en espacios hospitalarios; se asumió la maternidad como un deber biológico y social que contribuiría al crecimiento población desde la ejecución de la medicina del Estado.

4.3 La experiencia materna hospitalaria y tecnológica: una ambición por el cuidado preconcepcional, prenatal, del parto y postparto

En este apartado, se demuestra que la atención médica no se limitó únicamente a proporcionar servicios de salud en los hospitales, sino que también se emitieron discursos sobre las mujeres gestantes desde un enfoque simbólico, el cual definió una forma restringida de experimentar la maternidad. Las narrativas originadas desde las instancias de la SSA en los nuevos espacios de la ginecobstetricia establecieron comportamientos que se atribuían al género femenino, impuestos desde una lógica esencialmente masculina, que, a través de la tecnología médica, ejercía un control del cuerpo de la mujer. Estas narrativas determinaron la experiencia materna a través de la mezcla de nociones científicas y prejuicios sociales propios de la época. Operó entonces una cultura de género que privilegió el papel de los médicos del Estado por medio de relaciones de poder, donde el cuerpo sexuado femenino se redujo a su función reproductiva, a una maternidad conforme a las normas sociales dominantes, inspiradas en mayor parte por los

valores católicos.³⁸⁸ En las instituciones sanitarias, se hizo visible el uso de los valores religiosos que consideraban el desarrollo de la sociedad a través de la procreación, la familia y el matrimonio.

Sin duda, la experiencia de vivir la maternidad debía ocurrir dentro de los nosocomios modernos que el Estado tenía preparados para ellas, en un proceso de medicalización que, aunque no era nuevo para el siglo XX, en el caso de la atención ginecobstétrica se intensificó en un contexto donde se reforzaban las técnicas y consolidaban los conocimientos para el tratamiento de la mujer gestante. Esta concepción del tratamiento del cuerpo de la embarazada, se idealizó en un entorno hospitalario urbano y tecnológico, asumido como el más seguro y óptimo, donde la práctica reproductiva se homogenizaría bajo la supervisión médica.³⁸⁹ La atención sanitaria entre 1940 y 1960 del cuerpo de la mujer en la ciudad de México, se caracterizó por brindar un cuidado preconcepcional, prenatal, del parto y postparto, dentro de los objetivos de una política pronatalista. Enfoque que cambió cuando el aumento poblacional comenzó a plantear problemas, ya que, a largo plazo, el amplio número de habitantes comprometería la capacidad del sistema de salud mexicano.

Esa perspectiva que privilegiaba la atención hospitalaria de la mujer, se hizo visible en la VIII Asamblea de cirujanos en noviembre de 1948, por ejemplo, el doctor Roberto O. Romero³⁹⁰ presentó una ponencia sobre la “Asistencia Hospitalaria Materno infantil”. En su intervención, Romero reflexionó sobre la relevancia del buen funcionamiento del hospital en la atención de etapas prenatales, del y del puerperio. Para ello, propuso una serie de estrategias que debían seguir las embarazadas, con el objetivo de mejorar su experiencia reproductiva y evitar

³⁸⁸ Identifico una continuidad en mi periodo para la aplicación del concepto de “cultura de género”, el cual emplea Elsa Muñiz para el estudio de la época posrevolucionaria en México. El concepto opera en todos los ámbitos cotidianos mediante la diferenciación de sujetos masculinos y femeninos que se desenvuelven en una dinámica de “supremacía masculina”, dentro de un “orden social y de una estructura de poder particulares” en los que se ejerce mecanismos de control y regulaciones de la sexualidad. Véase en Muñiz, *Cuerpo, representación*, 2002, pp.12-13.

³⁸⁹ Según Sánchez-Bringas el ejercicio de la maternidad varía históricamente, internacionalmente, localmente e inclusive puede variar en una misma nación. En el caso de esta investigación la maternidad se entiende dentro del entorno hospitalario urbano en la capital del país y se tiende a homogeneizar su experiencia en esos espacios de tratamiento al cuerpo de la embarazada. Véase Sánchez-Bringas, “Reflexiones metodológicas”, 2009, p.239.

³⁹⁰ El Dr. Romero era miembro importante de la Dirección General de Asistencia de la SSA.

complicaciones que pudieran comprometer a los médicos tratantes. Entre tales estrategias, también se incluía un control sobre la vida amorosa y sexual de las pacientes, lo que también revelaba una intención paternalista e invasiva de la medicina de la época.

Según este médico, antes de consolidar cualquier embarazo era necesario “anticiparse al matrimonio para aplicar los principios de la eugenesia”. Por esta razón, cualquier pareja de jóvenes casados, antes de buscar un embarazo, debía acercarse a los conocimientos de higiene y recibir educación preconcepcional. La “escrupulosa vigilancia de la gestación” y la higiene durante la maternidad tenían que emplearse a todas las mujeres que “orgánica y socialmente” tuvieran “capacidad genésica”, es decir, que cumplieran con posibilidades reproductivas según su biología. La exigencia de estas medidas, según el Dr. Romero, se justificaba por el elevado número de nacimientos anuales en el país, aproximadamente 900 000, de los cuales, 800 000 ocurrían en el Distrito Federal.³⁹¹

Romero subrayaba que solamente un 25%, de las mujeres embarazadas en la capital asistía a los Centros de Asistencia Materno Infantil; un promedio de 1 de 4 gestantes; el resto se atendía en otras instituciones o clínicas particulares. Aunque para él esta situación no era tan grave como la que ocurría en otros estados, donde solo 3% de las embarazadas acudía a servicios prenatales de la SSA. Para Romero, era esencial fortalecer los hospitales generales de la SSA “sin importar su categoría”, ya que cualquier nosocomio debía ofrecer los servicios de consulta prenupcial y prenatal; considerando que aún los servicios del recién fundado IMSS eran limitados.³⁹²

Las intenciones por el cuidado prenatal reflejadas en el discurso de Roberto O. Romero son una muestra de las reminiscencias del pensamiento eugenésico y la preocupación por higiene mental, herencia de décadas anteriores. Estas corrientes encontraron en México una amplia aceptación desde la visión oficial del

³⁹¹ “Asistencia hospitalaria”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 18, exp.1, 1948, f.73.

³⁹² “Asistencia hospitalaria”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 18, exp.1, 1948, fs.73-74.

Estado, y los médicos en el país, particularmente, en la posrevolución,³⁹³ tuvieron una influencia para implementar políticas poblacionales por el mejoramiento de la raza y del control en “genitores potenciales”³⁹⁴ que tenían problemáticas de alcoholismo, drogadicción, enfermedades mentales, desviaciones sexuales, enfermedades venéreas o posibilidades de delinquir.³⁹⁵ Esto no fue exclusivo de México, pues en otros países de América Latina hubo una preocupación evidente desde “perspectivas sociobiológicas” que vigilaban la salud “psicofísica” para que los individuos pudieran desarrollarse plenamente en sus labores y contribuyeran en la productividad que demandaban sus economías.³⁹⁶

El interés por la salud de los futuros progenitores, y especialmente el de las madres, se definió a partir de la visión eugenésica desde los gobiernos posrevolucionarios. En esa visión, el rol de la mujer de la primera mitad del siglo se reducía al ámbito doméstico y la reproducción, dentro de una política poblacional que quería lograr la pureza racial y “que circunscribía la sexualidad femenina al matrimonio”.³⁹⁷ Por ende, no resulta sorprendente que el mandato de género hacia las mujeres se enfocara en la reproducción, la maternidad y el cuidado del hogar, se haya mantenido en el discurso del Estado mexicano hasta después de la posrevolución. El proyecto que promovía una sostenida reproducción femenina se sostuvo exitosamente a través de políticas pronatalistas promovidas por la SSA entre las décadas de los cuarenta y los sesenta.

³⁹³ Aunque aún finalizada la época posrevolucionaria, la permanencia de discursos eugenésicos continuó después de 1940, ya que su impacto más visible ocurrió entre 1930 y 1960. Véase en Orozco-López, “El Estado tiene memoria”, 2018, <<https://www.redalyc.org/journal/461/46158063003/html/>> [Consulta: 15 de noviembre de 2023.]

³⁹⁴ A pesar de que la Iglesia no compartía los postulados de la eugenesia, desde la década de los treinta sí coincidía con el Estado la idea de que el centro de desarrollo de las mujeres en su vida era la familia y su labor, era la de dar a luz. Urías, “Legalización del aborto”, p.147.

³⁹⁵ Urías, “Legalización del aborto”, p.148.

³⁹⁶ Horacio Reggiani señala que la eugenesia permeó en el control de la reproducción en varios países de América Latina, especialmente en Argentina, México, Panamá, Brasil, Cuba, México, (por supuesto hacia el norte del continente, también tuvo éxito en Estados Unidos). La atención por el cuidado y prevención de enfermedades infectocontagiosas como sífilis o gonorrea era una inquietud porque eran consideradas las causantes de afecciones como la ceguera, deformaciones corporales, poliometritis, paroplejia y parálisis. La sífilis era de las enfermedades que más alarmaba pues podía ocasionar abortos y elevar la incidencia de la mortalidad infantil. Véase en Reggiani, El control de la reproducción”, 2019, pp.123-124.

³⁹⁷ Urías, “Legalización del aborto”, 2007, p.149.

Lo anterior explica la inquietud por el cuidado prenatal en las instituciones de salud del Estado durante gran parte del milagro mexicano. Además, la confianza en los avances obstétricos y en la instauración de la medicina preventiva influyeron paralelamente en el tratamiento prenatal del cuerpo de la embarazada. En la década de los cincuenta, la llamada Higiene Materno Infantil se practicó en los círculos de médicos ginecobstetras del Estado, priorizó no sólo el cuidado del parto y puerperio, sino que otorgó un lugar especial a la supervisión preconcepcional y prenatal, o la también denominada “maternocultura”. Esta práctica se enfocaba en un seguimiento detallado de la madre y el feto, con especial énfasis en la higiene del embarazo. La salud del feto despertaba un interés particular en los médicos, ya que su sobrevivencia garantizaba un parto seguro y contribuía al crecimiento poblacional. En ocasiones, incluso, se insistía en que el feto necesitaba más protección que la madre, debido al temor por la mortalidad fetal y neonatal.³⁹⁸

Un ejemplo de esa “maternocultura” ocurrió en el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho, en la zona cercana a Tacubaya. El centro, desde mediados de los cuarenta hasta finales de la década de los sesenta, fue una de las instituciones más importantes para la SSA, y procuraba dar un amplio servicio a la zona del Cuartel XI de la ciudad.³⁹⁹ Atendía nueve colonias con una población de “tipo proletario e indigente”, carente de seguridad social, que vivía en condiciones de “urbanización defectuosa” con “habitaciones de tipo decadente”, vivía en tugurios o jacales.⁴⁰⁰ En 1956, con el objetivo de mejorar la atención a las futuras madres, se sugirió en este centro un seguimiento exhaustivo que comenzaba antes del matrimonio, en la etapa prenupcial, todo el curso del embarazo, el parto, el

³⁹⁸ “Integración de los servicios de atención obstétrica”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 11, exp.1, 1956, pp. 5-8. Este documento cuenta con su propia numeración, que es en páginas, no en fojas.

³⁹⁹ “Centro Materno Infantil ‘Gral. Maximino Ávila Camacho’”, *Salud Pública de México*, Vol. VII, núm.6, nov-dic, 1965, p. 1066.

⁴⁰⁰ “Integración de los servicios de atención obstétrica”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 11, exp.1, 1956, p. 2. Este documento cuenta con su propia numeración, que es en páginas, no en fojas.

postparto, así como los “periodos intermedios de los embarazos” y hasta llegar a la menopausia.⁴⁰¹

El Dr. Daniel López Ferrer, uno de los médicos que brindaba servicio en el mencionado centro,⁴⁰² consideraba esencial la realización de certificados prenupciales para evitar la presentación de enfermedades en los hijos. Esa estrategia ejercía un control sobre la vida de las mujeres prácticamente desde el momento de la fecundación. Asimismo, otra tarea del centro era persuadir a las mujeres gestantes de recibir una orientación médica, brindarles información sobre higiene en el embarazo, nutrición y enfermedades propias de la gestación.⁴⁰³ A inicios de los años sesenta, para los galenos era fundamental el estudio de las pacientes antes del parto y esto se tenía que llevar a cabo de manera meticulosa a través de la exploración física del cuerpo femenino y mediante entrevistas detalladas sobre su contexto social.

Por tanto, a las pacientes se les realizaban mediciones exhaustivas del útero, cervix, vagina, vulva;⁴⁰⁴ además de indagar en su historia de vida para detectar posibles adicciones de alcohol, drogas o tabaco. Existía un marcado interés en indagar su etapa adolescente, se les preguntaba sobre la menarquía, los dolores menstruales y su primer contacto sexual. También se indagaba en los antecedentes familiares de antecedentes como diabetes, cardiopatías o cáncer. El entorno social y amoroso de la embarazada era importante para los médicos, ya que estos antecedentes personales ayudaban a comprender mejor su situación. Como parte del protocolo, se completaba una “hoja de antecedentes” que incluía una entrevista

⁴⁰¹ “Informe que rinde el director” AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 11, exp.1, 1959, p. 5. Este documento cuenta con su propia numeración, que es en páginas, no en fojas.

⁴⁰² El médico Daniel López Ferrer era profesor de obstetricia en la Escuela de Enfermeras y Parteras de la UNAM y jefe del Servicio Obstétrico Ginecológico del Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho.

⁴⁰³ “Integración de los servicios de atención obstétrica”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 11, exp.1, 1956, pp.9-11. Este documento cuenta con su propia numeración, que es en páginas, no en fojas.

⁴⁰⁴ “Hojas de evaluación de las mujeres”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 11, exp.1, 1959, p. 5. Este documento cuenta con su propia numeración, que es en páginas, no en fojas.

al esposo, donde se le cuestionaba el número de matrimonios previos, su ocupación, estado de salud y posibles problemas de alcoholismo.⁴⁰⁵

Asimismo, este centro no se limitaba a la atención médica directa, pues tenía la intención de educar a las familias en temas relacionados con la eugenesia, a través de conferencias o proyecciones celebradas dentro del mismo recinto.⁴⁰⁶ La motivación de proteger con más herramientas y técnicas el cuerpo de la embarazada, se daba por la sensación de progreso que sentían los médicos al aplicar los avances de la especialidad. El Dr. Ferrer destacaba que en su época la obstetricia había una notable madurez, y afirmaba que "...en forma clara y definitiva va perdiendo cada día más su viejo carácter de arte primitivo para adquirir el de ciencia". Confiaba en que las técnicas y descubrimientos en otras ramas de la medicina habían mejorado significativamente la ginecobstetricia. En su opinión el "obstetra moderno no sólo debe tener amplios conocimientos en medicina Interna; debe contar con gran habilidad manual que lo hacen de hecho cirujano y debe poseer también conocimientos modernos de pediatría".⁴⁰⁷

Así pues, la llamada "vigilancia prenatal" se convirtió en un campo de estudio importante para los médicos dentro de las instituciones oficiales. Durante la década de los sesenta esta vigilancia caracterizó por el monitoreo más preciso de la evolución de los embarazos. Este enfoque quedó reflejado en la planeación del "Programa básico de servicios de higiene y asistencia materno-infantil" a inicios de esa década, ya se contemplaba un servicio médico integral desde la etapa preconcepcional y prenatal. El propósito del programa era monitorear de cerca la evolución de los embarazos para identificar situaciones anormales y tratarlas con suficiente antelación.⁴⁰⁸

Para asegurar el bienestar de la embarazada, el programa priorizaba su higiene física y mental a través de medidas muy específicas, aunque probablemente

⁴⁰⁵ "Hojas de evaluación de las mujeres", AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 11, exp.1, 1956, pp.9-11..

⁴⁰⁶ "Hojas de evaluación de las mujeres", AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 11, exp.1, 1956, pp.9-11.

⁴⁰⁷ "Integración de los servicios de atención obstétrica", AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 11, exp.1, 1956, p. 6..

⁴⁰⁸ "Programa básico de servicios" AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaria Particular, caja 162, exp.2, 1961, pp.1-2.

no todas las mujeres atendidas en los recintos de la SSA podían cumplirlas. Las futuras madres debían cuidar su alimentación, incluir en su dieta productos como huevo, carne, frutas, leche y vitaminas complementarias; asimismo, se exigía una rutina de un baño diario y el uso de ungüentos de glicerina el cuidado de los senos con ungüentos de glicerina era requerido para preparar la piel de los pezones hacia la lactancia. Del mismo modo, se les pedía que cuidaran su vestimenta, evitaran el uso de ropa que afectara la circulación y descartara el uso de zapatos de tacón. En cuanto a la actividad física se recomendaba la marcha para promover la circulación de la sangre, pero se advertía de no realizar ejercicios “bruscos o violentos”.⁴⁰⁹ Estas directrices, aunque se centraban en la salud, eran parte de una regulación del cuerpo femenino e imponían estándares que eran difíciles de cumplir para gran parte de la población.

El programa pretendía que la aplicación de las medidas facilitaría el trabajo del médico porque las pacientes al momento del parto tendrían un mejor estado de salud y se reducirían las dificultades hospitalarias. Poco a poco los médicos de la SSA comenzaron a exigir la participación de las pacientes en la vigilancia de su propio embarazo.⁴¹⁰ Sin embargo, esta participación no era activa, ni permisiva; no se trataba de que las mujeres pudieran decidir sobre su cuerpo o sobre el número de hijos que desearan tener. Desde la perspectiva médica, se asumía que las mujeres desconocían sus propios cuerpos, y eran los galenos quienes debían educarlas para que cooperaran con la vigilancia prenatal con el fin de asegurar los partos.

Durante el milagro mexicano, los avances médicos en el gremio ginecológico aparentaban una disminución en la incertidumbre del servicio médico en los centros maternos infantiles de la SSA, prometían la posibilidad de atender con mayor calidad a los cuerpos femeninos en la etapa prenatal y del parto. De hecho, labores docentes y de investigación fueron actividades con las que se sintieron comprometidos los médicos. El personal del Centro Materno Infantil Maximino Ávila

⁴⁰⁹ “Programa básico de servicios”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaria Particular, caja 162, exp.2, 1961, pp.1-8.

⁴¹⁰ “Programa básico de servicios”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaria Particular, caja 162, exp.2, 1961, pp.1-2.

Camacho colaboró con la UNAM, al impartir cursos relacionados a la ginecología y obstetricia en la facultad de Medicina y en la Escuela de Enfermería y de Obstetricia de la SSA. En el ámbito de la investigación incursionaron en temas de “estudios prenatales de las pacientes”, en las ginecopatías y aspectos novedosos en México como el parto indoloro.⁴¹¹

Aparte del cuidado prenatal, la atención del alumbramiento generaba inquietud entre los médicos por varias razones. Especialmente por la incertidumbre por la historia individual de cada paciente, ya que no todas las mujeres contaban con un seguimiento prenatal, los imprevistos técnicos en la sala de parto; el temor al fallecimiento de las madres o sus hijos, así como el no contar con el equipo básico para brindar servicio adecuado en los nosocomios. Por ello que el uso de la tecnología y material necesario en los alumbramientos fue una parte de la pretensión estatal de asegurar una moderna para las mujeres embarazadas en la ciudad.⁴¹²

Durante el periodo de estudio, la atención hospitalaria del parto era identificada como un símbolo de modernidad científica, que bajo la mirada del Estado se debía difundir en todo país. No obstante, a inicios de la segunda mitad del siglo, esta atención aún no estaba completamente normalizada, debido a que algunos factores socioeconómicos impedían su consolidación. A finales de los cuarenta, el parto a domicilio todavía era una práctica común en la capital, pues resultaba poco costosa; por lo que varios médicos de la SSA insistían en que era necesario reducir su incidencia o que ésta quedara completamente eliminada, ya que la atención institucional de los nosocomios garantizaba mejores servicios y contaba con todos los conocimientos médicos para “proteger la salud de la madre y el niño”. A pesar del entusiasmo por expandir un sistema hospitalario de servicio integral a las embarazadas, se reconocía la incapacidad a nivel nacional en la atención sistemática e institucional del parto, había limitaciones como una:

...economía pobre, la falta de cultura médica popular, la influencia de prejuicios y costumbre de viejo arraigo, los lazos afectivos y hábitos

⁴¹¹ “Centro Materno Infantil ‘Gral. Maximino Ávila Camacho’”, *Salud Pública de México*, vol. VI, núm.1, ene-feb, 1964, p. 199.

⁴¹² “Dictamen que rinde el cuerpo técnico”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaria Particular, caja 10, exp.11, 1952, pp.1-2.

familiares que dificultan la separación transitoria de la madre, la dispersión de la población del país, la falta de comunicaciones y sobre todo, la carencia de médicos y parteras tituladas, no solo en los pequeños centros rurales; sino también en los grandes núcleos urbanos.⁴¹³

Ante aquella situación se reconocía con pesar, que la cobertura institucional del servicio médico al parto tardaría mucho más tiempo del esperado, y no era una cuestión que se resolvería en pocos años. Adicionalmente a la normalización del parto hospitalario, surgieron numerosas solicitudes de equipamiento de instrumentos para las maternidades. Este se convirtió en un tema central que recurrentemente involucraba a los médicos en la exigencia de artículos para una atención moderna de las mujeres gestantes. En la década de los cincuenta se demandaba a la SSA quirófanos, cuartos de labor, servicios de rayos X, laboratorios, oxígeno en las salas de parto, bancos de sangre, resucitadores, incubadoras y cunas. Este tipo de solicitudes eran presentadas por médicos como Octavio Bandala, Alfonso Cabrera, Alfonso Pruneda, entre otros destacados galenos de la época. El objetivo de los galenos era que se adaptaran la mayor parte de dichas medidas en el “Reglamento para hospitales, maternidades y centros materno infantiles en el Distrito, territorios y zonas federales”; con la finalidad de lograr que esas peticiones alcanzaran una cobertura que fuera más allá de la capital y se extendiera en el resto del país.⁴¹⁴

Otro de los nosocomios públicos manejados por la SSA que brindó atenciones al parto fue el Hospital de la Mujer Dr. Jesús Alemán Pérez, el cual se fundó en el mismo inmueble que anteriormente ocupaba el Hospital Morelos a inicios de siglo. A diferencia de los centros materno infantiles, ese recinto prometía una cobertura más especializada a la salud del cuerpo de las mujeres, pues hizo a un lado el tradicional enfoque binomio madre-hijo y se concentró en patologías propias de lo femenino. Entre los años 1957 a 1966, este nosocomio se destinó a la atención de tocoginecología, es decir, a servicios especializados en ginecología y obstetricia. La SSA consideró necesario un espacio único destinado a las mujeres,

⁴¹³ “Asistencia hospitalaria”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 18, exp.1, 1948, fs.75-76.

⁴¹⁴ “Dictamen que rinde el cuerpo técnico”, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaria Particular, caja 10, exp.11, 1952, pp.3-9.

ya que se decía que, a pesar de que el cuerpo femenino podría padecer cualquier enfermedad, los padecimientos ginecológicos eran los principales que le aquejaban y los más relevantes.⁴¹⁵

Los miembros de la institución afirmaban que las patologías femeninas se concentraban en los genitales y que asegurar su adecuado funcionamiento era esencial para garantizar una “reproducción normal”. Además, el hospital también estaba destinado a atender las secuelas de un parto problemático o de disfunciones anatómicas que impidieran la concepción. El hospital tenía el objetivo de ofrecer servicios de obstetricia, ginecología y cancerología ginecológica, y se autodenominaba como el único centro “dedicado exclusivamente a la atención de las enfermedades de la mujer”. Desde el discurso de la SSA se promovía como uno de los hospitales más equipados en el rubro de la ginecobstetricia en la ciudad; ya que contaba con quirófanos, cuartos de recuperación para el postparto, salas de obstetricia con varias camas, cubículos destinados al trabajo de parto con equipamiento de oxígeno, pocas y pequeñas habitaciones para “conservar el respeto a la personalidad moral de las parturientas”, un departamento de investigación tocoginecológica, un laboratorio clínico, una sección de consulta externa, entre otros espacios.⁴¹⁶

Sin embargo, a pesar de los ánimos compartidos por los médicos que trabajan en instituciones dependientes de la SSA, en varias ocasiones los presupuestos de los nosocomios eran frecuentemente limitados y el funcionamiento de las instituciones hospitalarias a menudo fallaba por falta de mantenimiento de los inmuebles. Una demostración de este problema fue la dificultad que enfrentó el Hospital de la mujer en mayo de 1960. Los médicos solicitaban a la directiva que el nosocomio fuera provisto de una cisterna y bomba de agua, dado que dentro de los quirófanos se presentaba carencia de agua, tan necesaria al momento del parto. A raíz de este problema, los galenos tenían que hacer el lavado quirúrgico de manos

⁴¹⁵“Innovaciones en el hospital de la mujer ‘Dr. Jesús Alemán Pérez’”, *Salud Pública de México*, vol. III, núm.3, 1961, p. 476.

⁴¹⁶“Innovaciones en el hospital de la mujer ‘Dr. Jesús Alemán Pérez’”, *Salud Pública de México*, vol. III, núm.3, 1961, pp. 476-478.

con agua que había sido transportada en cubetas y este proceso carecía de la higiene reglamentaria.⁴¹⁷ Incluso, años después el mismo hospital fue cerrado para poner en su lugar un museo y mercado de artesanías y fue trasladado a un nuevo edificio en la calle Díaz Mirón no. 374; dicho cambio fue aprobado por el mismo presidente Gustavo Díaz Ordaz en 1969.⁴¹⁸ Las pretensiones estatales de ofrecer espacios modernos en los hospitales para la atención materna, quedaban en entredicho con este tipo de problemas aquí expuestos.

Por último, aunque no menos importante, a lo largo del periodo existe un notable descuido sobre el periodo del postparto. Esta etapa subsecuente al alumbramiento se aborda en las fuentes como un asunto que obtenía menos atención por los médicos, en contraste con la etapa preconcepcional, prenatal y el parto. Solamente se refiere a este proceso como un periodo de descanso y cuidado del recién nacido. No se refleja suficiente investigación en las fuentes producidas por el Estado, por parte de los médicos de la SSA, sobre esta etapa en el cuerpo femenino. Las pocas indicaciones sobre los cuidados del postparto incluían la alimentación de la madre, el reposo en el segundo y tercer día, así como permitir el baño hasta el cuarto día posterior al alumbramiento. Del mismo modo, se solicitaba al personal de los hospitales poner atención a la primera hora después del parto, ya que en ese periodo era cuando se desencadenaban las “hemorragias post-partum”. La primera hora después del alumbramiento era considerada como el “cuarto periodo del parto”, por lo que el personal que había atendido a las pacientes debía estar en un modo de alerta.⁴¹⁹

Finalmente, a través de todos estos ejemplos, se evidencia que el tratamiento al cuerpo de la mujer gestante se estructuró a lo largo de las etapas preconcepcional, de embarazo, parto y postparto, todas ellas definidas desde las instituciones estatales y sus médicos en un entorno marcado por la búsqueda de la modernización hospitalaria. La experiencia maternal, según las instancias de la

⁴¹⁷ “Hospital Morelos”, AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 38, exp.1, 1966, f.56.

⁴¹⁸ “Hospital Morelos”, AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 38, exp.1, 1967, f.68-70.

⁴¹⁹ “Informe que rinde el cuerpo técnico”, AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 11, exp.1, 1959, p. 2.

SSA, se definió a través del control médico sobre el cuerpo de las mujeres en proceso de embarazo y durante el parto; a través de la gestación. De este modo, para ser considerada una “buena madre” en la ciudad de México, se esperaba que estuviera adscrita a alguna de las instituciones de salud materno infantil la ciudad, estar casada, tener un esposo sano y pertenecer a una familia. El cuidado médico homogenizó la experiencia de la maternidad bajo una lógica bastante tradicional, protonatalista, que asumía que las mujeres gestantes no podían cuestionar nada sobre su embarazo y debían ser obedientes al Estado, a su familia y al médico.

4.4 El IMSS: De una apuesta paternal por el cuidado del cuerpo gestante a los esfuerzos por la planificación familiar

El Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de estudio, también transitó por una narrativa protonatalista, la cual rápidamente se transformó a la planificación familiar por los fenómenos poblacionales surgidos en el país. En las décadas investigadas, las decisiones y discursos desde la institución se caracterizaron por delimitar el papel de las mexicanas a rol genérico de la maternidad, en un entorno de la familia cristiano-católica. Sin embargo, el discurso entusiasta sobre la reproducción femenina se fue debilitando debido al aumento poblacional en México desde finales de la década de los sesenta. Mantener a una alta densidad de habitantes empezaba a ser una dificultad para el Estado y sus instituciones.

En enero de 1943 se estableció la posibilidad de que las mujeres gestantes se atendieran en el IMSS y se supervisara la maternidad de manera más eficiente. A través de la Ley del Seguro Social, se decretó que las trabajadoras afiliadas y las esposas de los asegurados pudieran disfrutar de la atención obstétrica al embarazo, alumbramiento y puerperio. A las trabajadoras se les otorgaba un servicio médico de seguimiento en su embarazo y la posibilidad de ausentarse del ámbito laboral 42 días antes del parto, y el mismo número de días después del parto, para permitirles

una recuperación del evento y una cercana convivencia con el recién nacido.⁴²⁰ Asimismo, se abrió la posibilidad de que las esposas de los trabajadores asegurados, o sus concubinas, accedieran a servicios médicos de asistencia obstétrica. Sin embargo, para ser beneficiarias de estos servicios, debían cumplir con ciertas condiciones; en particular, se les solicitaba que vivieran en una casa donde el dueño fuera el esposo, y, al mismo tiempo, depender económicamente de él para hacer válidos los beneficios del seguro.⁴²¹

La idea inicial del cuidado a la maternidad en el seguro social era brindar ayuda a los trabajadores para que no vieran “como una amenaza económica el nacimiento de sus propios hijos” y porque, además contribuiría en el “aumento de la densidad de población en el país”.⁴²² Sin lugar a dudas, al analizar las definiciones sobre el aseguramiento de la maternidad en la Ley del Seguro Social, es sencillo percibir que el cuidado a las mujeres embarazadas en dicho instituto también estaba moldeado por discursos tradicionales sobre el género femenino; donde la mujer y su cuerpo eran destinados para la gestación, la maternidad y el sostén del rol doméstico.

Al revisar las narrativas construidas por el IMSS entre los años cuarenta y sesenta, se destaca un culto a la maternidad. Como institución estatal, promovió un entusiasmo oficial hacia el culto de la madre, y que se hizo visible en los pronunciamientos de los médicos y funcionarios del IMSS. El cual operó, principalmente de dos maneras; primero, a través de la promoción de la natalidad como una meta por cumplir, la cual asumían como propia al ser miembros del Estado. La segunda, consistía en admirar y potenciar al cuerpo femenino por tener la capacidad de gestar; es decir, de volverse madre y alcanzar un número de partos suficientes para la nación. Ambas formas configuraron la atención médica de las derechohabientes por medio de discursos nacionalistas de enaltecimiento a la madre que se mezclaban con nociones científicas desde la ginecología. Las embarazadas y su cuerpo eran representaciones de una narrativa que, envejecido,

⁴²⁰ Diario oficial, *Ley del Seguro Social*, 1943, p.5

⁴²¹ Diario oficial, *Ley del Seguro Social*, 1943, p.5

⁴²² Armas, Natalidad institucional, *Salud Pública de México*, núm.3, mayo-junio, 1975, p. 377.

pues permanecía anclado a la época de la posrevolución,⁴²³ donde sus hijos eran los protagonistas y los famosos ciudadanos del futuro.

Poco a poco, se fue tejiendo un ideal simbólico sobre la maternidad en la institución, construido a través de la demanda por la reproducción biológica y el aporte de nuevas vidas para la nación. La identidad de las mujeres mexicanas se definió a partir del cumplimiento de su rol maternal, y en ese sentido, su cuerpo se concebía como el medio físico para lograr convertirse en una progenitora, pues para el IMSS no había otra forma de ser mujer, si no se era madre.⁴²⁴ Así, la importancia del bienestar del cuerpo femenino era fundamental para asegurar la maternidad porque simbólicamente, dar ese paso implicaba el mayor logro social y de justificación de la existencia de la mujer mexicana en un sistema patriarcal dominado por el mismo Estado.⁴²⁵

Es crucial considerar que el discurso protonatalista, apoyado en el culto a la maternidad del IMSS formaba parte de una época de industrialización, en la cual su política demográfica buscaba adaptarse al ritmo de la economía nacional. Por consiguiente, el ímpetu protonatalista se desarrolló con el propósito de materializar un proyecto estatal que fomentara que los trabajadores tuvieran un número considerable de hijos, quienes, a su vez, sostendrían al país. Sin embargo, como hemos mencionado, la narrativa enfocada en la reproducción femenina fue perdiendo fuerza a finales de los sesenta. Ya que se adaptaba poco a la realidad, pues el aumento poblacional comenzó a ser una preocupación en el IMSS y en el resto de las instituciones estatales de salud.

El instituto comenzó a experimentar una mayor demanda en sus servicios en la década de los sesenta, se propuso aumentar las cuotas del seguro a

⁴²³ Elizabeth Maier al analizar el discurso de Martha Acevedo y señala que desde la década de 1920 con la creación del festejo por el Día de las Madres, se instauró en el imaginario del mexicano una manera de glorificar a la mujer a través de la institucionalización del “modelo materno”, en el cual su cuerpo se identifica como al “servicio de otros”. Véase en Maier, “El mito de la madre”, 1991, p.84.

⁴²⁴ En este contexto, Judith Butler retoma a Foucault para indicar que el cuerpo femenino está sujeto a los discursos y relaciones de poder donde se asume su vínculo con el rol de un “cuerpo materno”; para el caso de esta investigación coincido en este planteamiento, dado que el IMSS como institución concibe al cuerpo dentro de una limitada visión que los circunscribe a la reproducción femenina, bajo una experiencia materna que solamente ocurre a través de la gestación y el parto muy tradicional que tiene como futuro aportar a la conformación de la familia. Bulter, “*Actos corporales subversivos*”, 2007, p.194-195.

⁴²⁵ Maier, “El mito de la madre”, 1991, p.82.

“enfermedades generales y maternidad” para poder cubrir a ejidatarios, aparceros, artesanos, agricultores de zonas rurales; y en la ciudad, extender sus atenciones a pequeños comerciantes y “profesionales libres”. Asimismo, a principios de los setenta con el Plan de Solidaridad Social del IMSS, se planteó la cobertura de prestaciones a grupos “económicamente desprotegidos” y marginados. En ese escenario de gran necesidad de cobertura por parte del seguro, se percibía incertidumbre entre varios de sus integrantes. Médicos como Juan Armas y Samuel Karchmer del Departamento de Investigación del Hospital de Ginecología y Obstetricia Número I del IMSS, a inicios de los setenta, comenzaron a expresar sus inquietudes por el incremento de la población en el país y las dificultades que ello implicaría para brindar las prestaciones y servicios sanitarios a todos los derechohabientes.⁴²⁶

Dichos médicos opinaban que los datos oficiales sobre el número de habitantes, no reflejaban un análisis demográfico preciso y que la tasa de fecundidad no estaba bajo control en el país. Aunque el IMSS no se encargaba de proporcionar asistencia a toda la población del país, al menos para 1970, sí atendía del 18% de los mexicanos de núcleos urbanos, en el que también había usuarios que provenían de zonas rurales. Para darnos una idea de su labor, entre 1962 y 1971, el 53% de las ocupaciones hospitalarias del IMSS se destinaron a partos y embarazos, eran de las prestaciones más solicitadas. Estos porcentajes alertaron a los médicos sobre el constante aumento de partos atendidos, que para ellos era un posible indicador de una saturación futura de los servicios del IMSS en los siguientes años. Ante esta incertidumbre, la institución emprendió un programa de planificación familiar para dejar atrás la “política demográfica poblacionista”, ya que, de manera singular, a los médicos les preocupaba que los obreros mantuvieran una alta natalidad y que no existiera un control claro sobre los nacimientos.⁴²⁷

A partir de 1972, el IMSS inició un proyecto dentro de la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva, que implementó un “Programa de Planificación Familiar voluntaria” en 4 unidades médicas del instituto en la capital. En este programa, las primeras mujeres contempladas eran aquellas con “alto riesgo materno-fetal”, o sea

⁴²⁶ Armas, Natalidad institucional, *Salud Pública de México*, núm.3, mayo-junio, 1975, p. 378.

⁴²⁷ Armas, Natalidad institucional, *Salud Pública de México*, núm.3, mayo-junio, 1975, p. 383.



con embarazos de riesgo, y con posibilidad de abortos inducidos. Hacia el año de 1973, el programa siguió extendiéndose hacia todas las unidades del Valle de México y a 25 delegaciones en los estados de la república. De manera especial, para personas que no eran derechohabientes, se fundaron 12 módulos en la capital de planificación familiar, adicionalmente, se instalaron 13 más en 4 estados de la república. Finalmente, el proyecto se amplió a todas las delegaciones del IMSS en el territorio nacional en 1974. Entre 1972 y 1976, el programa de planificación familiar se concentró en manos de ginecobstetras, auxiliares de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales.⁴²⁸

La iniciativa de planificación familiar, no solamente fue puesta en práctica por el IMSS, a partir de mediados de los setenta, sino que también entró en marcha en las instituciones dependientes de la SSA. El aumento poblacional se consideró como un problema para el Estado, y el discurso pronatalista se detuvo para poner en marcha alternativas en donde ahora las mujeres debían contemplar con más detenimiento el número de hijos que iban a tener. Una vez más, el cuerpo de la mujer entró bajo un régimen de vigilancia, ya no solamente en la etapa prenatal y postnatal, sino que ahora también a través de una regulación mediante métodos hormonales o físicos, como la ingesta de anticonceptivos como la píldora o la instalación del DIU.⁴²⁹

4.5 Los caminos hacia la planificación familiar en la SSA

En el caso de la SSA, la subsecretaría de Asistencia asumió el reto de impulsar estrategias de planificación familiar en la ciudad de México. Es importante entender que esto ocurrió durante un cambio discursivo que viró del pronatalismo hacia la planificación familiar, por lo que en ese contexto se deben situar las nuevas medidas implementadas. Un hecho fundamental en la década de los setenta fue la promulgación de la Ley General de Población de 1974, durante el sexenio de Luis Echeverría. Esta legislación destacaba la necesidad de elaborar planes para

⁴²⁸ Ferrer, "De la planificación familiar", p.49.

⁴²⁹ *Ibid.*, p.49.

implementar previsiones en el número de hijos que las familias mexicanas deseaban tener. Esto se lograría por medio de la colaboración de instituciones educativas, de salud pública, y de organismos privados que estuvieran interesados; siempre y cuando se conservara la “dignidad de la familia”. Además, la ley abordaba otros temas como la disminución de la mortalidad infantil, la distribución geográfica adecuada en todo el territorio, así como la creación del Consejo Nacional de Población; un instituto que se encargaría de la planeación demográfica de todo el país.⁴³⁰

La planificación familiar impulsada tardíamente en México, ya que organizaciones no gubernamentales ya habían comenzado a promoverla y facilitarla años antes de la Ley General de Población de 1974. Algunos demógrafos y economistas especializados en el estudio de la población en América Latina como Mayone Stykos, advertían en la década de los sesenta que la alta concentración de habitantes, podrían causar en el futuro, dificultades de alimentación, alfabetización y vivienda. Estos expertos sugerían que una disminución en la población mexicana permitiría una mejora en el bienestar en las siguientes décadas. Paralelamente, la creación del Centro de Estudios Económicos y Demográficos en el Colegio de México, financiado por las fundaciones Ford y Rockefeller, comenzó a señalar en sus investigaciones la necesidad de políticas públicas por la disminución de la fecundidad en el país.⁴³¹

Antes de que el Estado ofreciera una oficial política de planificación familiar, los médicos del IMSS y la SSA ya habían advertido sobre los problemas de la salud materno-infantil. Los cuales eran usualmente embarazos en mujeres muy jóvenes, con intervalos cortos entre ellos, y la frecuencia de abortos voluntarios. Incluso una institución que había visibilizado con anterioridad estos problemas, fue la Asociación Pro-Salud Maternal desde 1959 y posteriormente la Fundación para el Estudio de la Población (FEPAC). Esta última se encargó de ofrecer consultas y estrategias de planificación familiar, promover la educación sobre el tema y capacitaba a médicos. La discusión e impulso por parte de estos actores sobre la planificación motivó a

⁴³⁰ *Ley General de Población*, 1974, pp.1-2.

⁴³¹ De Márquez, “La política de planificación”, 1984, p.290.



crear la Asociación Mexicana de Estudios de la Población (AMEP), y generó presión para que el presidente Luis Echeverría tomara con seriedad la necesidad de un programa de planificación.⁴³²

El ímpetu por el Estado emprender la planificación familiar se manifestó inicialmente en los centros urbanos. De esa manera, en la ciudad de México la SSA comenzó a evaluar las opciones por adoptar un sistema que permitiera a los habitantes de la ciudad gestionar el número de hijos por familia. Este sistema, dirigido en particular estaría dirigido a las mujeres debido a su capacidad biológica de reproducción, tuvo sus primeros intentos desde mediados de los sesenta, cuando se creó la Fundación para Estudios de la Población. Esta fundación comenzó a distribuir anticonceptivos en zonas marginadas de las ciudades, y en menor medida, en áreas rurales; y a través de la aprobación de un nuevo Código Sanitario en 1973, en el cual se derogaba la prohibición de propaganda y venta de anticonceptivos.⁴³³

No obstante, este tipo de estrategias adquirieron mayor solidez y visibilidad a mediados de los años setenta en la ciudad de México. El programa de planificación familiar estuvo dirigido aquellas mujeres que no eran derechohabientes del IMSS, principalmente a las de clases bajas. Sin embargo, el programa enfrentó dificultades debido a que requería que las mujeres acudieran a los centros de salud para hacerse cargo de su propia salud reproductiva. Además, para aquellas mujeres que no vivieran cerca del centro de la ciudad pudo haber sido más complicado de asistir a centros de salud en las zonas más urbanizadas y con servicios.

Las propias autoridades de la SSA se percataron de esas dificultades y sugirieron planes como el “Sub-Programa de extensión de servicios de Planificación Familiar y Materno Infantil a áreas suburbanas marginadas” de la ciudad de México en el año de 1977. El objetivo de este programa era acercar y mejorar los servicios de planificación familiar, ya que los puestos en marcha en los centros de salud y hospitales no eran suficientes para alcanzar una cobertura suficiente de usuarias de métodos anticonceptivos. La situación en la capital era especialmente preocupante debido a las altas tasas de fecundidad y la afluencia constante de población rural a

⁴³² De Márquez, “La política de planificación”, 1984, p.291.

⁴³³ Urbina, “Investigación psicosocial y de servicios sobre planificación familiar en México”, *Salud Pública de México*, núm.4, jul-ago, 1985, pp. 266-267.

la la ciudad. Por ende, la SSA planeó ofrecer una cobertura de bajo costo y factible en áreas suburbanas marginadas, donde la infraestructura de salud era deficiente.⁴³⁴

Así, se propuso llevar la información y el método anticonceptivo a los domicilios de las usuarias potenciales. Se enfatizó la necesidad de difundir el proyecto a la Dirección General de Salubridad del Distrito Federal y a los delegados políticos de la urbe. El plan incluía capacitar a las enfermeras visitadoras y paramédicos de los centros de salud más cercanos a las zonas marginadas para que contribuyeran en la promoción y distribución de anticonceptivos. Estos funcionarios no solamente se limitarían a brindar un servicio sanitario, sino que también fungirían como capacitadores de las comunidades e informantes sobre las posturas que adquirirían las mujeres y sus familias sobre la planificación familiar.⁴³⁵

Una de sus labores más importantes de los funcionarios era identificar a “líderes naturales” y “ministradoras” de anticonceptivos. Su tarea incluía acercarse a las asociaciones de colonos, comités cívicos de manzanas o asociaciones de padres de familia y localizar a sus “líderes naturales”, para que, a su vez, eligieran a las “ministradoras” de anticonceptivos. Estos líderes también actuarían como promotores de información y motivaran sobre la importancia del “Programa de educación para la salud y planificación familiar.”⁴³⁶

Las “ministradoras” por su parte tenían que ser mujeres casadas o en unión libre, habitantes de la zona marginada, que supieran leer y escribir, y tenían que haber probado algún método anticonceptivo temporal o definitivo y creer en la anticoncepción. Asimismo, tenían que ser mujeres respetables, honradas y con “buenos antecedentes” en su comunidad para poder participar. Su principal función era suministrar los anticonceptivos orales y advertir sobre las contraindicaciones de su uso a las usuarias que asistieran a su domicilio a solicitarlos. Las principales

⁴³⁴ “Dirección de normas materno infantil” AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 162, exp.2, 1977, p. 2.

⁴³⁵ “Dirección de normas materno infantil” AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 162, exp.2, 1977, p. 2.

⁴³⁶ Dirección de normas materno infantil, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 162, exp.2, 1977, pp. 3-6. Este documento cuenta con su propia numeración, que es en páginas, no en fojas.

candidatas eran mujeres en etapa fértil, que no estuvieran protegidas con DIU, que no presentaran embarazo, o que no planearan embarazarse. Al mismo tiempo, debían identificar a usuarias desertoras del programa y reportarlo a las enfermeras visitadoras o a las paramédicas del área. De igual manera, era relevante que notificaran sobre aquellas mujeres que necesitaran atención inmediata en el Centro de salud.⁴³⁷

El objetivo era establecer un acercamiento real con los miembros de la comunidad de las zonas marginadas para que estos colaboraran con la promoción de los anticonceptivos y apoyaran a la implementación del enfoque sanitario de la planificación familiar. Lamentablemente, es difícil de confirmar si este programa fue llevado a cabo en 1977 porque en las fuentes solamente se presenta como un proyecto. Sin embargo, a través de este plan podemos identificar un notable interés por controlar la natalidad en zonas marginadas de la ciudad, donde usualmente las mujeres acostumbraban a tener una descendencia amplia. Es un hecho que programas de planificación familiar de la SSA y el IMSS funcionaban por separado desde comienzos de los años setenta. Por esta razón en 1977, se fundó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud, la cual operó de manera constante entre 1977 a 1980, con el objetivo de lograr un sistema más unificado, y de ofrecer servicios no solamente en ciudades, sino también en áreas rurales.⁴³⁸

Ante lo aquí expuesto, podemos concluir que el discurso del culto a la maternidad y a la promoción de parir un número de hijos para sostener a la nación se fue desgastando. Las preocupaciones económicas derivadas de la alta densidad poblacional alcanzada entre 1940 y 1970, fueron determinantes para que el Estado cambiara abruptamente de modelo narrativo conforme al modelo tradicional de la maternidad y de una familia mexicana, antes vista como amplia y numerosa. Si bien, los logros de la ginecología y obstetricia en la salvaguarda de la vida de la madre y

⁴³⁷ Dirección de normas materno infantil, AHSS, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, sección Secretaría Particular, caja 162, exp.2, 1977, pp.2-15. Este documento cuenta con su propia numeración, que es en páginas, no en fojas.

⁴³⁸ Urbina, "Investigación psicosocial y de servicios sobre planificación familiar en México", *Salud Pública de México*, núm.4, jul-ago, 1985, p. 267.



los recién nacidos eran muy aplaudidos por las instituciones de salud pública, también es cierto que para los médicos representaba una preocupación la saturación de los sistemas de salud en un futuro. Para el Estado este crecimiento demográfico se presentaba como un desafío, junto con los problemas socioeconómicos del país y las presiones internacionales de organismos como la ONU para implementar programas de planificación familiar.

4.6 Conclusiones

A lo largo de este capítulo, se ha analizado cómo el Estado, durante el milagro mexicano y los primeros años posteriores a éste, articuló un discurso sobre el cuerpo gestante que reguló la maternidad a través de la intervención de los médicos en las instituciones de salud pública en la capital. Impulsado por el deseo de consolidar el crecimiento económico y el desarrollo social del país, el cuerpo de las mujeres fue un recurso central de las políticas estatales, donde la reproducción se integró como una herramienta clave. La medicalización intensiva de la maternidad en México estableció una red hospitalaria y de vigilancia obstétrica que regulaba cada etapa del proceso reproductivo, desde la concepción hasta el postparto.

Este control médico, intensificado entre 1950 y 1960, no solo se orientó a la preservación de la salud materna, sino también a reforzar valores sociales que se asociaban con el cuerpo femenino, el embarazo y la maternidad. Aunque el discurso estatal coincidió en algunos puntos con la moral cristiana promovida por la Iglesia católica, se distinguió por un enfoque tecnocrático, que instrumentalizaba el cuerpo femenino como un recurso productivo esencial para el proyecto de modernización nacional.

Asimismo, este capítulo ha evidenciado la transición discursiva del pronatalismo a la planificación familiar, iniciada desde los años sesenta y concretada en la década de los setenta. Este cambio en las políticas del Estado, no rompió de manera radical con la vigilancia sobre el cuerpo gestante. Mientras que antes se incentivaba a la reproducción como un deber social para las mexicanas, la planificación trajo una nueva forma de regulación que exigía a las mujeres gestionar

el número de embarazos bajo la tutela de los medios estatales. Este cambio en el discurso, consolidado con la promulgación de la *Ley General de Población* de 1974, no representó una liberación como tal para las mujeres, sino una adaptación a las necesidades demográficas del país, que mantuvo al cuerpo femenino bajo otra regulación estatal.

En resumen, los discursos que el Estado articuló sobre el cuerpo gestante durante el milagro mexicano y los años posteriores transformaron de manera importante la experiencia de la maternidad en las mujeres de la capital y del país. A través de la medicalización intensiva del embarazo y la planificación familiar, se estableció una regulación de la salud materna, la cual también moldeó las expectativas sociales y culturales femeninas en su rol reproductivo. Estas visiones se heredaron en el tratamiento a las mujeres para el resto de la década de 1970.



Capítulo V. Espacios de definición de la experiencia femenina en *Kena y Claudia*: la disyuntiva entre la maternidad y el ejercicio de la sexualidad (1960-1975)

Introducción

El objetivo de este capítulo es analizar las narrativas presentes en las revistas *Kena* y *Claudia*, sobre cómo se abordó y definió el cuerpo de la mujer gestante. Este análisis se enfoca en la década de los sesenta y la mitad de la década de los setenta, un periodo durante el cual estas revistas femeninas formaron parte de un cambio cultural significativo, caracterizado por una mayor apertura sobre la sexualidad, el cuidado íntimo femenino y las relaciones de pareja. Los discursos de estas publicaciones se desarrollaron en el contexto de la llamada revolución sexual, en la lucha por la democracia, la segunda ola del feminismo y la Guerra Fría. Esos procesos influyeron en las representaciones socioculturales de las mujeres, especialmente en cuanto a las percepciones sobre su cuerpo, feminidad, sexualidad y roles sociales.

Dentro de ese escenario, el cuidado del cuerpo de la mujer gestante fue normado y regulado no sólo por instituciones médicas, estatales o religiosas; sino también por medio de las representaciones en las industrias culturales.⁴³⁹ Estas industrias se convirtieron en espacios clave para identificar al cuerpo como

⁴³⁹ Según Néstor García Canclini, las industrias culturales son intermediarias en la producción y distribución de “bienes culturales” del arte, la literatura y la música. Áreas que previamente estaban limitadas a sectores sociales de élite. Estas operan a través de los medios masivos de comunicación como la televisión, la música, las publicaciones en puntos de venta accesible, y democratizan la difusión de la “alta” cultura. No obstante, Canclini también advierte que, mientras estas industrias aumentan la inclusión a información cultural, también tienen el potencial de homogenizar gustos y prácticas culturales, de crear nuevas formas de distinción social que refuerzan las divisiones existentes. Por lo tanto, las industrias presentan un efecto doble, amplían el acceso a la cultura, pero también pueden exacerbar las desigualdades socio-culturales con su impacto. En el caso de las revistas *Kena* y *Claudia* estas publicaciones brindaron acceso a información cosmopolita de moda, belleza, contenido científico, y también sirvieron como puente entre la alta cultura y el consumo masivo. Al tiempo que contribuyeron a la permanencia y transformación de los roles de género, promovieron innovaciones culturales y funcionaron como espacios para perpetuar o sugerir cambios en las normativas sociales dominantes. Canclini, *Culturas híbridas*, 1989, p. 85.

*productivo y moral.*⁴⁴⁰ En primer lugar, el vertiginoso avance de la medicina a lo largo del siglo motivó un creciente interés en difundir e investigar nuevos temas científicos, a menudo respaldados por galenos e investigadores en diversos artículos. Esto llevó a una continua medicalización del cuerpo de la mujer gestante, procurando una constante vigilancia que implicaba no solo revisar su salud, sino su comportamiento. En segundo lugar, mientras el cuerpo humano tradicionalmente estudiado por tecnologías en laboratorios y hospitales, también se convirtió en objeto de interés de los medios de comunicación como el cine, la publicidad, la televisión, y, por supuesto, en publicaciones periódicas.⁴⁴¹ Por último, las revistas y el cine reflejaron una arraigada cultura de género, promovían la idealización de la maternidad, y buscaban con frecuencia la de validación discursos científicos y religiosos.

Si bien predominaban los discursos tradicionales, también emergieron algunas narrativas feministas y de liberación sexual en estas publicaciones, las cuales sugerían al público formas alternativas de entender la maternidad y la sexualidad. Sin embargo, la presentación de nuevas actitudes en las mujeres, no implicó un rechazo abrupto a los estereotipos de la madre tradicional o a la noción de la familia nuclear. Tales publicaciones identificaban el proceso de convertirse en madre a través de varias etapas y experiencias, que incluían la adolescencia, los noviazgos, el matrimonio y los primeros encuentros sexuales. Dentro de ese enfoque, se destacaba la representación del cuerpo femenino como un instrumento de fertilidad, al que también se le asociaban emociones y sentimientos como el amor

⁴⁴⁰ El concepto de performatividad de Judith Butler nos sirve para poder entender que, en los discursos de las revistas femeninas, no solamente se describen las normas de género, sino también se reconstruyen y refuerzan. Según Butler, la performatividad es “un ‘acto’ singular, porque siempre es la reiteración de una norma o un conjunto de normas” es “aquella práctica discursiva que realiza o produce lo que nombra”. En ese sentido, las revistas para mujeres que aquí revisamos presentan una serie de narrativas que tienden a la repetición en sus páginas y forman parte de la construcción de normas de género aceptadas, y de expectativas para las mujeres mexicanas. Esos discursos normalizan un ideal femenino, que se presenta como lo más natural y que promete el éxito, pero que en realidad es una ficción. Las revistas al reproducir las normas contribuyen a la construcción de un ideal homogéneo, una repetición que genera a menudo una ilusión de estabilidad, pero escapa de las realidades complejas y diversas de las mujeres, especialmente las que se alejan de la clase media o alta. Véase, Butler, *Cuerpos que importan*, 2022, pp.33-35.

⁴⁴¹ Rose, *Políticas de la vida*, 2012, p.39.

y la felicidad al momento de ejercer la maternidad.⁴⁴² Esos aspectos se vinculaban con la realización de la maternidad moderna que permitía a las mujeres trabajar o estudiar, al mismo tiempo que desempeñaban los roles de amas de casa.

Además, se promovían cánones estéticos que idealizaban una apariencia física de modelo de revista o de televisión que por lo regular homogenizaba y reducían a esos estándares la apariencia de todas las mujeres mexicanas a un estilo de vida de la clase media, omitiendo la diversidad de cuerpos, orígenes étnicos y niveles socioeconómicos. Por lo tanto, las industrias culturales proyectaban una imagen aprobada con atributos físicos, psicológicos y materiales, influenciada por la cultura transnacional.⁴⁴³

Por ende, las revistas *Kena* y *Claudia* fueron fundamentales en la creación de ideales sobre la feminidad y la maternidad en las décadas de los sesenta y setenta. A través de las representaciones del cuerpo femenino y la mujer gestante, estos discursos proponían formas de ser mujer y madre estaban acompañados de prácticas de consumo e imitación de nuevos estilos de vida, que incluían un acercamiento a ideas de la revolución sexual, el feminismo, el uso de

⁴⁴² La definición de amor de la feminista estadounidense Bell Hooks es oportuna en este caso para comprender a este sentimiento como una acción. Hooks define el amor al retomar los estudios del psiquiatra Scott Peck y se refiere al mismo como “un acto de voluntad” que está presente “en los gestos y conductas”, es una voluntad que “implica también elección”. Es decir, que “los sentimientos están moldeados por acciones” y que usualmente esas acciones toman un significado dependiendo del contexto en el que se presenten. Asimismo, considera que las mujeres usualmente desde el pensamiento patriarcal atraviesan por un compromiso en guiar a los hombres en el amor, y, por lo tanto, ellos tienen una posibilidad de satisfacer mayormente sus necesidades emocionales por el apoyo y disposición constante de las mujeres, creando relaciones asimétricas en donde los hombres son racionales y carentes de emociones. Por ello creo importante señalar, que la desigualdad de género en la forma de expresar y manejar las emociones se hizo presente en las revistas *Kena* y *Claudia*, pues en ambas publicaciones las representaciones de las mujeres son responsables del bienestar emocional de sus matrimonios y familia al tener que cumplir su rol en lo doméstico, en lo afectivo y lo sexual. Hooks, *Todo sobre el amor*, 2022, pp. 17-128. Bell Hooks fue una feminista interseccional que se involucró en debates sobre el patriarcado y los sistemas de opresión, e integró en sus análisis las categorías de raza, género y clase social. Véase en Salazar, “Bell Hooks”, s.f. <<https://coordinaciongenero.unam.mx/2021/09/bell-hooks-lo-que-hacemos/>> [Consulta: 28 de enero de 2024.]

⁴⁴³ Adriana Santa Cruz y Viviana Erazo señalan que los “productos culturales” como el cine, la revistas y la televisión, poseen políticas culturales que posicionan a las mujeres como consumidoras, sostenedoras del núcleo familiar, como receptora y transmisora de los contenidos de los medios de comunicación a su entorno y como “contingente político” que sirve para conservar “el orden establecido. Santa y Erazo, “Modelo transnacional femenino”, 1982, p.45.

anticonceptivos, entre otros temas.⁴⁴⁴ Estas narrativas también revelaban una tensión entre la maternidad como un rol inherente a la mujer, y la medicalización de su cuerpo, a la par que surgían claras sugerencias progresistas de la liberación de su rol como madre.

5.1 *Kena* y *Claudia* como espacios de ambivalencia y modernidad

¿Cómo contribuyeron las publicaciones a la fabricación de narrativas sobre las mujeres y su cuerpo? ¿Por qué *Claudia* y *Kena*⁴⁴⁵ son fuentes primarias importantes para el estudio de la mujer gestante? Estas preguntas guían el análisis de dos revistas femeninas clave que, fundadas a inicios de los sesenta, se convirtieron en vehículos para reflejar y moldear la representación de la mujer gestante. Durante los sesenta y setenta, ambas publicaciones formaron parte de la modernización cultural en la línea editorial de algunas revistas femeninas en América Latina. La región atravesó por un proceso de modernización cultural y editorial, la mayoría de estas revistas imitaron a las publicaciones estadounidenses y europeas. México fue parte de esa novedosa ola de escritura, por lo que en el país las publicaciones para mujeres experimentaron transformaciones de contenido en sus páginas.⁴⁴⁶

Kena, creada en 1963, se propuso como objetivo ofrecer un contenido que fuera más allá de consejos de belleza, y buscó responder a las necesidades de las mujeres mexicanas conforme a su contexto local. Su fundadora, María Eugenia

⁴⁴⁴ Muciño, "Las revistas comerciales", 2018, p.41-43. Fátima Muciño señala que tanto las revistas feministas, como las revistas femeninas comerciales de este periodo en México jugaron un papel importante para las mujeres al considerarlas como "sujetos activos" en la reflexión sobre "la discriminación sexual, imposiciones culturales como el matrimonio, la maternidad y heterosexualidad obligatoria y los estereotipos de belleza..."; no obstante; considero que aunque se hayan explorado y cuestionado los estereotipos tradicionales de género, en diversas ocasiones es posible identificar que las autoras y autores de *Kena* y *Claudia* utilizaban narrativas que recomendaban o aprobaban una persistencia en lo doméstico, al sugerir el cuidado del hogar, estrategias para un buen matrimonio o para evitar el divorcio, los buenos comportamientos en el trabajo a las mujeres que laboraban, etc. Es decir, que el cambio discursivo a una mujer con mayores libertades y menos tabúes, ocurrió de manera muy gradual, porque los mismos autores de las revistas frecuentemente manejaban un lenguaje con rastros de conservadurismo y lo mezclaban con un tinte liberal.

⁴⁴⁵ Nota importante al lector(a): Las revistas *Kena* y *Claudia* fueron consultadas en la Hemeroteca Nacional, y muchas de ellas debido a su encuadernación por tomo, no es posible observar su número, aunque sí el año.

⁴⁴⁶ Felitti, "De la mujer moderna", *Historia Mexicana*, 2018, pp. 1345-1346.

Moreno pensó en alejarse del estilo de la revista panamericana *Vanidades*, ya popular en aquél entonces, pues reflejaba una fuerte influencia de la idiosincrasia estadounidense. María Eugenia decidió emprender con la edición de *Kena*, solicitó créditos para comenzar a producir la publicación.⁴⁴⁷

El objetivo de Moreno era que la revista no solo hablara del de cuidado personal, sino brindar guías para que las mujeres ‘combinar su trabajo con el hogar, con estar casadas’. Gracias a esta visión, la publicación se recibió con éxito en México, especialmente entre las décadas de los setenta y noventa.⁴⁴⁸ Actualmente la publicación continúa su tiraje hasta el presente. Aunque quiso alejarse de la estética y contenido de las publicaciones estadounidenses, fue difícil lograrlo porque en sus páginas se notó su influencia en la estética de las fotografías y en la publicidad.

Por otro lado, *Claudia*, fundada en 1965, llegó a México como una novedad, una “revolución en el periodismo femenino”. A diferencia de *Kena*, contaba con un éxito previo en Argentina y Brasil y de hecho su sustento económico provenía de la publicidad de esos dos países. Quien leyera a *Claudia* encontraría a la “amiga simpática, experimentada, libre de prejuicios”, así como temas de actualidad del hogar, arte, moda, ciencia; encontraría un “espíritu nuevo” de practicidad y modernidad. Se comparaba incluso con otras revistas exitosas como *Marie Claire* en Francia o *Ladie’s Home Journal* en Estados Unidos, las cuales también reforzaban la dualidad entre lo moderno y los valores tradicionales.⁴⁴⁹

Kena y *Claudia*, aparte de compartir consejos de belleza o cuidados domésticos, también se agregaron a sus páginas novedosos temas relacionados con la sexualidad, las relaciones de pareja y experiencias femeninas en el espacio público.⁴⁵⁰ Este enfoque reflejaba una mayor apertura a discutir aspectos de la identidad femenina desde variadas perspectivas, que oscilaban entre los roles

⁴⁴⁷ Expansión, “Kena Moreno”, 2009, <<https://expansion.mx/expansion/2009/01/27/kena-moreno-pionera-editorial>> [Consulta: 28 de enero de 2024.]

⁴⁴⁸ Expansión, “Kena Moreno”, 2009, <<https://expansion.mx/expansion/2009/01/27/kena-moreno-pionera-editorial>> [Consulta: 28 de enero de 2024.]

⁴⁴⁹ “Claudia de México”, *Claudia*, núm. 0, 1965, p.1.

⁴⁵⁰ Felitti, “De la mujer moderna”, *Historia Mexicana*, 2018, pp. 1345-1346.



tradicionales de género y los cambios traídos por la modernidad en la segunda mitad de siglo.

Aunque muchas revistas comenzaron a abordar temas antes considerados tabú, como el placer sexual, los cuidados durante el embarazo y el uso de anticonceptivos, también fomentaron nuevos estereotipos sobre la mujer trabajadora e independiente. A pesar de una apertura en los temas a tratar, estas publicaciones no solo introdujeron pautas sobre la vida sexual y la maternidad, sino que también promovieron nuevas modas y necesidades de consumo que, si bien parecían emancipadoras, imponían exigencias adicionales a las mujeres, alejadas del tradicional rol doméstico. De este modo, aunque se presentaron temas transgresores, las revistas continuaron reforzando el discurso tradicional sobre el papel de la mujer en el hogar y la maternidad. Esto demuestra que los estereotipos dominantes en la cultura de la época experimentaron una continuidad, tal y como veremos en los ejemplos de este capítulo.⁴⁵¹

En las páginas de *Kena* y *Claudia* se observó un discurso ambivalente que se desarrolló entre la promoción de una mujer independiente y la persistencia de opiniones ancladas en el rol de la domesticidad, el protonatalismo y el mundo de la maternidad. Se difundía un ideal de “mujer exitosa” que debía ser bella, desarrollarse en la vida de familia y presentarse al “mundo exterior e interior”. La fundadora de la revista, María Eugenia Moreno, sostenía que la publicación debía ofrecer herramientas para que las mujeres pudieran cumplir con su rol de madres y cuidadoras del hogar, pese a la creciente demanda su participación en el ámbito laboral.⁴⁵²

Ambas publicaciones construyeron narrativas sobre la mujer gestante en México, evidenciaron una notable ambivalencia entre la modernidad y los roles tradicionales de género. Esto permite comprender cómo las industrias culturales no sólo proporcionaron consejos prácticos de belleza, sino también de cuidados físicos en el embarazo. Más allá de destacar la importancia de la precaución médica en

⁴⁵¹ Algunas de las revistas femeninas más populares entre los sesentas y setentas en México fueron *Kena*, *Claudia*, *Cosmopolitan*, *Vanidades*, *Buenhogar*, entre otras. Véase Muciño, “Las revistas comerciales”, 2018, p.42.

⁴⁵² *Ibid.*, p.53.

este periodo, promovieron una visión de la maternidad que estuviera alineada con los avances científicos y las tendencias de consumo contemporáneas, pero también presentaron cruces con los discursos estatales y religiosos de la época.

5.2 Las exigencias entre la “mujer-madre” y la mujer cosmopolita

En este apartado exploraremos cómo, durante las décadas de los sesenta y setenta, las revistas *Kena* y *Claudia* difundieron un discurso de dualidad que oscilaba entre la promoción de la independencia femenina y la persistencia de opiniones arraigadas en los roles de domesticidad y maternidad. Como actores clave de las industrias culturales, estas publicaciones colaboraron en la elaboración de representaciones de una mujer multifacética, que debía cumplir con sus responsabilidades tanto en el hogar, como en el trabajo, además de asumir su rol como esposa y madre. Esas obligaciones también involucraban la gestión de su propio cuerpo, concebido como *productivo* y *moral*, especialmente por su capacidad reproductiva y su vocación por el cuidado familiar. De manera paradójica, las páginas de estas revistas combinaban posturas progresistas con puntos de vista conservadores, evidenciaban las tensiones generadas por la modernidad en la sociedad mexicana.

Este apartado se analizará la convivencia de este para los discursos, el de la “mujer-madre” y la mujer cosmopolita. Mostraremos cómo el cuerpo femenino gestante fue atravesado por ambas narrativas, y motivo de debate en discusiones sobre sus cuidados, o los productos de consumo para procurarlo, así como de la elección de pareja. Desde el papel de la mujer-madre a menudo se discutió sobre la maternidad y las maneras en las que se modificaría y dificultaría su labor conforme a los retos que trajo la modernidad de la posguerra, como la mayor libertad sexual y el aumento de la presencia femenina en el espacio público.

Durante una entrevista a *Kena* en abril de 1963, la psicoanalista Dolores Márquez comentó que la identidad de la mexicana residía en la figura de la

madre.⁴⁵³ Márquez, interesada en discutir sobre la mujer en el país, atribuía este fenómeno al hecho de que las mexicanas rara vez se veían a sí mismas como esposas o amantes, integrantes de una pareja, y que se percibían predominantemente en su rol como “mujer-madre”. A partir su experiencia en las consultas, Márquez observó que las mexicanas pocas veces se permitían concebirse como personas fuera de este papel.

Márquez identificaba varios factores que mantenían a la mujer mexicana atrapada en el estereotipo “mujer-madre”. Señalaba la abnegación y las dificultades para recibir ayuda. Señalaba que muchas mexicanas tenían rencor hacia sus hijos y al marido por el tiempo dedicado a ellos; sin embargo, también las culpaba por perpetuarse en el papel al asumir tantas responsabilidades. Además, en el ámbito sexual, Márquez expresaba que las mujeres no se entregaban “al amor con generosidad”, terminaban castigándose a sí mismas y a sus esposos debido a su frigidez.

No obstante, Márquez proponía varias soluciones para superar el estereotipo de la mujer-madre. Subrayaba la importancia de la educación como pieza clave para que las mujeres encontraran la libertad. A pesar de no adscribirse a alguna corriente feminista y provenir de una familia muy tradicional,⁴⁵⁴ la psicoanalista abogaba por un trato más equitativo entre hombres y mujeres, buscaba eliminar la rivalidad causada por el privilegio masculino. En esencia, instaba a las mujeres a reconocerse como individuos para superar las frustraciones generadas por la maternidad. La entrevista con Dolores Márquez evidencia los primeros cuestionamientos de los años sesenta sobre el rol maternal y doméstico, demuestra un cambio gradual en la percepción de las responsabilidades femeninas y una problemática por resolver en cuanto a la carga histórica de deberes de las mujeres mexicanas.

El estereotipo de la “mujer-madre” al que se refería Lola Márquez era real y visible en varios artículos de opinión, entrevistas o publicidad de la revista *Kena* y *Claudia*. Aunque estas publicaciones comenzaron a incluir narrativas a favor de la

⁴⁵³ Aguado, *Visibilización de las pioneras*, 2016, p.315.

⁴⁵⁴ *Ibid.*, p.313.

independencia femenina, rara vez trascendían los límites del rol maternal. Así, a la figura tradicional de la “mujer-madre” se le añadieron nuevas exigencias: ser una mujer cosmopolita que equilibrara las responsabilidades domésticas con su carrera profesional, mientras mantenía una buena apariencia y su feminidad. Este proceso no eliminó el estereotipo, sino que lo adaptó y expandió; la una nueva “mujer-madre”, debía ser más moderna y multifacética.

Durante los años sesenta y setenta, las expectativas sociales hacia las mujeres giraron en torno a la capacidad de equilibrar su vida entre el trabajo, la casa y sus deberes maternos, y a la par ser cosmopolitas. Para cumplir con estas demandas, no solo se esperaba que las mujeres gestaran y dieran a luz, sino que también cuidaran meticulosamente su apariencia. Su cuerpo se convertía en una herramienta crucial para cumplir con esas metas sociales: mantener una imagen de joven esbelta era fundamental para cumplir el ideal femenino. Aunque el discurso pronatalista del Estado fue perdiendo fuerza poco a poco, la representación de la mujer como madre dedicada al hogar, seguía siendo muy común y arraigada en la época.

Las demandas para mantenerse esbelta eran frecuentes. En 1965 apareció en *Claudia* una dieta novedosa elaborada por el médico austriaco Heinz Humplik.⁴⁵⁵ La dieta se basaba en aumentar el consumo de proteínas magras y verduras, aseguraba la pérdida de peso en el cuerpo de hasta nueve kilos en un mes, sin necesidad de pasar hambre. La propuesta nutricional se presentaba como una innovación en la forma de comer para mantenerse delgadas. Cabe resaltar que la publicación estaba acompañada de una fotografía en la que el marido alimentaba en la boca a su esposa, se subrayaba la idea de una mujer esbelta bajo la tutela masculina.⁴⁵⁶

⁴⁵⁵ La dieta Humplik ganó popularidad entre 1960 y 1970. Su método consistía en ingerir alimentos, que durante su digestión requirieran un gasto energético superior a las calorías que estos aportaban inicialmente y así conseguir una pronta pérdida de peso. Cogap, Humplik Kur, s/f. <<https://www.cogap.de/wissen/humplik-kur/>> [Consultado el 23 de mayo de 2024].

⁴⁵⁶ Trotta, “Coma, coma”, *Claudia*, noviembre, s.n., 1965, pp.66-68.



Figura 3. Trotta, “Coma, coma”, *Claudia*, noviembre, s/n, 1965, pp.66-68.

Además de la figura esbelta, *Claudia* también subrayaba la importancia de la alimentación como un deber de la “mujer-madre”, encargada tanto de cuidar de su propio cuerpo, como del bienestar físico de su familia. El papel de la mujer como encargada de la alimentación había sido reforzado por el Estado mexicano desde la década de 1940. El Instituto Nacional de Nutrición (INN), procuró mejorar la salud nutricional de la población, e instruyó a enfermeras visitadoras de clase media para que acudieran a los domicilios a educar a las madres de familia sobre “cómo vivir bien y alimentarse correctamente.”⁴⁵⁷ En esa misma línea, el equipo de la revista *Claudia* en la investigación titulada, “¿A cómo el jitomate marchanta?” presentaba opciones de compra en la ciudad de México para que las mujeres pudieran comparar precios y ahorrar para alimentar a su familia. Se definía a las compras del mercado como “la operación femenina por excelencia que pone a prueba el talento

⁴⁵⁷ Aguilar, “Alimentando a la nación”, 2008, pp.32-33.

de toda ama de casa y de la que depende, en mucho, la economía, la estabilidad y la paz hogareñas”.

La experiencia de compra se presentaba como una hazaña emocionante, en la que se debía encontrar los mejores precios para el consumo doméstico y lograr conseguir variedad de frutas, verduras y proteínas. Por ello, *Claudia* facilitaba a las lectoras una tabla comparativa entre supermercados y mercados públicos. Para mujeres con una “prole” extensa sugería ir a comprar a la Merced o a Jamaica a tempranas horas para alcanzar mercancía a un precio de mayoreo. Ser una buena madre implicaba conocer los precios y distintas locaciones, realizar buenas compras de fruta, verdura y proteínas para alimentar a su familia. La experiencia de la compra incluía una preparación adecuada en la vestimenta, e inclusive algunas amas de casa entrevistadas para la investigación daban consejos como el siguiente: “Doña María aconseja a sus amigas no elegir pantalones no vestidos que llamen la atención y provoquen alusiones molestas. Nada de glamour ni de sexy. Una blusa sencilla, una falda amplia, tacones bajos para la caminata, y punto”.⁴⁵⁸

Mantener la figura, alimentarse bien y realizar las compras, eran tareas que, según *Claudia* toda mujer debía y podía realizar según ambas revistas. El cuerpo se consideraba la herramienta esencial para cumplir con las exigencias capitalistas que se le demandaban en el imaginario a las mujeres. Mantener la belleza, ser delicada y eficiente, eran un requisito en la feminidad de *Claudia* y *Kena*. Sus narrativas apelaban a la homogenización de la mujer bajo expectativas muy altas,⁴⁵⁹ que eran difíciles de alcanzar para todas las mujeres mexicanas, especialmente porque los ideales que promovían implicaba pertenecer a un estatus socioeconómico medio o alto, y porque las recomendaciones se centraban en zonas urbanas, con un énfasis particular en la ciudad de México.

En las mismas páginas donde se publicaban dietas y recomendaciones de alimentación, también se ofrecían consejos sobre cómo tener éxito para conseguir un buen esposo. Los autores de la revista advertían que las nuevas costumbres e independencia de las mujeres podían alejar a los hombres, por lo que ofrecían

⁴⁵⁸ S.a., ¿“A cómo está?”, *Claudia*, noviembre, s.n., 1965, pp.76-78.

⁴⁵⁹Muñiz, “Pensar el cuerpo”, 2014, p. 429.



algunas estrategias para atraer y retener a una pareja. Estas recomendaciones reflejaban una clara tensión entre los cambios sociales de la modernización y los roles tradicionales de género. Enfatizaban la importancia de mantener una imagen atractiva que contribuyera a alcanzar las expectativas sociales de una buena esposa y futura madre, y subrayaban cómo las mujeres debían equilibrar sus nuevas aspiraciones con las expectativas convencionalmente aceptadas.

Un ejemplo significativo de esa tensión fueron textos como el de la ensayista y poeta Emma Godoy (1918-1989). En los años sesenta Emma fue una escritora destacada que participó en *Kena*.⁴⁶⁰ Era una habitual colaboradora en diversas publicaciones y sus reflexiones abordaron la posición de la mujer en México durante el proceso de modernización, a menudo desde una perspectiva que coqueteaba con ideales conservadores.

En abril de 1963, Emma escribió un artículo en *Kena* titulado “La elección del Esposo”, en el que advertía a las mujeres jóvenes sobre varios aspectos que tenían que tomar en cuenta al elegir su pareja para conformar un matrimonio. En su texto, la autora criticaba a los “hogares deshechos” y los “rebeldes sin causa”, situaciones que ella calificaba como modas perjudiciales. A lo largo del discurso, Godoy atribuía un gran peso al papel de la mujer en el matrimonio, subrayaba que si ocurrían problemas, podrían ser por su culpa. Señalaba que la frecuencia de matrimonios fallidos era por culpa de las mujeres, pues se dejaban llevar por el amor o las pasiones a la hora de elegir a su marido, y no adoptaban un enfoque más racional para formar su familia. Asimismo, advertía que la elección errónea de esposos podía derivar en graves problemas sociales y genéticos, que provocarían la herencia de taras o el sufrimiento de los hijos.

Por tanto, para evitar esas malas elecciones, Emma aconsejaba a las jóvenes no relacionarse con hombres casados, parranderos, vagos y borrachos, pues estos no cumplirían con las cualidades deseables de buen jefe del hogar. En su discurso, destacaba la importancia de que las mujeres evaluaran los modales, las costumbres, la condición socioeconómica y la salud de sus novios, y les advertía

⁴⁶⁰ ELEM, “Emma Godoy”, 2021, <<http://www.elem.mx/autor/datos/428>> [Consulta: 12 de julio de 2024.]

sobre los riesgos de desviaciones sexuales. La siguiente cita nos permite apreciar la intensidad de su mensaje:

Las madres que quieran dar una verdadera educación sexual a sus hijos e hijas, que empiecen por asociar siempre en ellos la idea de amor con la que de hogar con hijos, de manera que no les quede suelto el amor y sin finalidad, sino que se abrace en sus mentes indisolublemente al santo propósito de crear una familia. No se rompa jamás esta trilogía; “amor-matrimonio-prole”. Separar estos términos es quebrantar la ley natural. Y recordemos que Dios perdona, pero la Naturaleza no perdona. La Naturaleza, cuando se le ha contrariado, se venga ciegamente lanzando predruscos dolores que recaen sobre los culpables, pero también sobre los inocentes”. Si inquiriésemos cuáles son las causas de sufrimiento del mundo veríamos con espanto que la mayor parte de las torturas humanas son el resultado de nuestras propias faltas o de faltas ajenas. Los desvíos sexuales son manantial inagotable de penas sin cuento. Por eso es necesario primeramente enderezar la noción de sexo y apuntalarlo a su fin natural: la procreación.⁴⁶¹

Las recomendaciones de Emma Godoy sobre la elección de pareja revelan cómo algunos de los cambios de conductas de los jóvenes mexicanos estaban generando reacciones en las industrias culturales. La escritora se resistía a esas nuevas formas de relacionarse sexual y afectivamente, más bien, prefería mantener la tradición de una cultura de género que valoraba un matrimonio planificado, en el que la mujer asumía su rol doméstico y de reproducción. Según ella, la salvaguarda moral de las futuras generaciones, tenía que ocurrir en matrimonios formados en el amor, donde la futura madre eligiera sabiamente a su esposo, “pensando ante todo en el hijo por nacer”. Así, los cuidados de la futura familia debían de empezar incluso antes de la concepción del primer hijo. Las palabras de Godoy reflejaban, de cierto modo, los vestigios de un pensamiento eugenésico, similar al que hemos observado en los discursos estatales y médicos sobre la maternidad.⁴⁶²

El intento por el perfeccionamiento del papel del ama de casa, de mujer-madre, se desarrolló en ambas revistas. Ambas ofrecían consejos para mantener el hogar en óptimas condiciones, en convertir el cuidado doméstico en un oficio. De hecho, equiparaban el ser ama de casa con cualquier otra profesión o trabajo, dado que la actividad implicaba saber de “cocina, dietética, economía, decorado de

⁴⁶¹Godoy, “La elección del esposo”, *Kena*, abril, núm. 2, año 1, 1963, p.8.

⁴⁶²Godoy, “La elección del esposo”, *Kena*, abril, núm. 2, año 1, 1963, p.8.

interiores, sicología, fisiología, relaciones sociales, pedagogía, higiene, y muchas más”. Inclusive, instaban a las amas de casa a tener una “actitud mental” con suficiente entusiasmo, bajo la idea de que la esposa era su “propio jefe”. A pesar de estos intentos por dignificar el trabajo doméstico, el discurso seguía asociando al sexo femenino como el único responsable de los cuidados domésticos.⁴⁶³

Sin embargo, en un contexto en el que rol de ama de casa y esposa era el más predominante, la independencia de las mujeres comenzaba a ser mal vista. A principios de los setenta, muchas jovencitas de clase media empezaron a independizarse económicamente, y en lugar de casarse, se fueron a vivir con sus amigas. Ante este fenómeno, articulistas como Esperanza Brito aconsejaba a los padres permitir que sus hijas regresaran al hogar si su independencia no prosperaba. Además, sugerían que los padres fomentaran un ambiente de libertad en casa, ya que el autoritarismo generaba mayor rebeldía, violencia y el abandono de hogar. La autora advertía que muchas jóvenes buscaban la independencia sólo para tener encuentros sexuales, y señalaba que “...cuando la joven quiere vivir sola por los mismos motivos que antes impulsaban a contraer matrimonio, corre el grave riesgo de fracasar, y, en consecuencia, de desperdiciar su vida en el vano intento por encontrar en otra parte la paz o el amor de que carecía en el hogar paterno”.⁴⁶⁴

Vivir sola era un hecho que provocaba asombro y desconfianza. La sorpresa era tal que en estas publicaciones realizaban entrevistas a mujeres que optaran por esa experiencia para poder entenderlas. Por ejemplo, en septiembre de 1971, se entrevistó a Irene y María Luisa, ambas profesionistas y colaboradoras de *Kena*. Ellas comentaron que podían permitirse vivir solas gracias a sus posibilidades económicas, y destacaban las ventajas de ello, como sentir tranquilidad y libertad a toda hora. María Luisa, quien había estado casada anteriormente respondía a la entrevista lo siguiente: “Son muy relativas y siempre egoístas; consisten más que nada en la posibilidad de hacer exactamente lo que uno quiere, como lo quiere y a la hora que lo quiere, sin tener que estar consecuentando a nadie”.⁴⁶⁵ Los casos de Irene y María Luisa se presentaban como situaciones extraordinarias, como algo

⁴⁶³ S.a., “La profesión del ama de casa”, *Kena*, julio, núm. 4, año 1, 1963, p.8.

⁴⁶⁴ Brito, “Quiero ser libre”, *Kena*, abril, núm. 185, año 7, 1971, p.8.

⁴⁶⁵ S.a., “Apartamiento de soltera”, *Kena*, julio, núm. 192, año 9, 1971, p.8.

insólito, que generaba mucho asombro para la época; se les veía casi como de otra especie humana. Poco a poco, en la revista se iban mostrando casos de mujeres como ellas que ponían en tensión el mandato de género perpetuado en lo doméstico. Ante ello, la revista se preocupaba por mostrarse progresista y en supuesto apoyo a los cambios sociales, pero al mismo tiempo, entraba en una contradicción al recomendar a las mujeres la plenitud de la vida en el hogar; es decir, era ambigua con respecto a su posición.

En ese contexto, los elogios hacia el rol de la “mujer-madre” contrastaban con la presentación de la crítica feminista de Rosario Castellanos, una colaboradora de *Kena*. En abril de 1963, Castellanos analizó un libro de Fray Luis de León,⁴⁶⁶ el cual se titulaba “La perfecta casada”. En dos páginas, la autora expuso las ideas que Fray Luis de León, quien trataba los ideales para ‘servir al marido, gobernar la familia y la crianza de los hijos’ desde “el temor de Dios”. Según el fray una buena esposa debía ser honesta, ahorrativa, madrugadora, creativa, hacendosa, y ante todo, callada. Castellanos con una actitud bastante crítica e irónica, calificaba estas ideas como arcaicas. Expresaba su desilusión al ver que los atributos de la “perfecta casada” seguían siendo valorados en los años sesenta; y se cuestionaba si era posible mantenerse en el rol tradicional de ama de cada cuando “había que salir a ganarse la vida en oficinas y fábricas”.⁴⁶⁷

En el texto de Castellanos encontramos una crítica a las aspiraciones de la perfección matrimonial y a las demandas hacia las mujeres casadas. La autora cuestionaba la experiencia materna en el ámbito doméstico, un tema que ya era debatido en algunas feministas de la década de los sesenta, dentro de un contexto social en el que muchas mujeres se habían integrado con mayor rapidez al espacio público. Las críticas a la vida de las mujeres casadas y su entorno respondían a un ambiente de cambio, donde muchas mujeres comenzaron a cuestionar el orden

⁴⁶⁶ Este personaje vivió en el siglo XVI en Salamanca, España. Fue un fray que se dedicó a la docencia y la escritura sobre temas relacionados con la reflexión teológica. Entre sus obras más destacadas se encuentran *De los nombres de Cristo*, *Exposición del libro de Job* y *La perfecta casada*. San José, *Biografía*, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, <https://www.cervantesvirtual.com/portales/fray_luis_de_leon/autor_apunte/> [Consulta: 25 de noviembre de 2023.]

⁴⁶⁷Castellanos, “La perfecta casada”, *Kena*, abril, núm. 2, año 1, 1963, pp.68-69.

patriarcal.⁴⁶⁸ Esta discusión también se manifestó en la organización del feminismo mexicano a finales de los sesenta, durante la segunda ola, que abogó por la igualdad de derechos, la mejora de condiciones para mujeres trabajadoras y madres, y la libertad del cuerpo femenino en términos sexuales y reproductivos.⁴⁶⁹

Las obras de Castellanos exploraron temas eróticos y reflexionaron sobre la liberación sexual y del significado de lo femenino. A partir de la década de 1960, se involucraron en “movimientos sociales, políticos, ecológicos y feministas”.⁴⁷⁰ Sin embargo, ya desde los años cuarenta, ella desafiaba abiertamente los roles de género establecidos a través de sus escritos filosóficos y literarios. En sus obras, trató temas relacionados con el amor, las emociones, la maternidad, la soledad, el matrimonio, en los cuales ofrecía una visión crítica que cuestionaba las normas tradicionales y exploraba las dificultades de las mujeres en su contexto.⁴⁷¹

Particularmente, Castellanos se interesó en el arquetipo de la mujer abnegada: aquella que, dedicada al cuidado de los hombres de su familia, era sumisa, soportaba abusos y era rechazada si no engendraba hijos y enaltecía la maternidad. Para ella, el amor maternal significaba “... ascender, entre las nubes del incienso, hasta las más altas cumbres de la abnegación”⁴⁷². La mujer no sólo era abnegada con su esposo e hijos, sino también con sus propios padres y hermanos.⁴⁷³ No obstante, Castellanos no definía a las mujeres como víctimas, sino como sujetos capaces de cambiar su destino. Consideraba que las mujeres mexicanas debían asumir responsabilidades por sus actitudes sumisas y por no aprovechar los elementos jurídicos que la Constitución respaldaba para protegerse. Argumentaba que era necesario enfrentar a varias batallas para lograr cambios que modificaran su vida, y así lograr un entorno de libertad y justicia.⁴⁷⁴ Sin duda, sus escritos representaron un pensamiento feminista que manifestaba el hartazgo y

⁴⁶⁸ Fuentes, “Entre reivindicaciones sexuales”, 2014, pp. 163-192.

⁴⁶⁹ Jaiven, “Emergencia y trascendencia del neofeminismo”, 2011, pp. 149-156

⁴⁷⁰ La autora formó parte de la llamada “Generación del medio Siglo”, que incluyó a escritoras como Inés Arredondo, Amparo Dávila y Josefina Vicens. Estas autoras se alejaron de las clásicas historias inspiradas en la Revolución mexicana y se interesaron por explorar la condición femenina en sus textos. Vivero, “El oficio de escribir”, 2006, pp. 194-198.

⁴⁷¹ Lamas, “Rosario Castellanos”, 2017, p.36.

⁴⁷² Castellanos, “La abnegación”, 1971, p.290

⁴⁷³ *Ibid.*, p.290.

⁴⁷⁴ *Ibid.*, p. 292.



cuestionamiento por el rol de lo doméstico hacia las exigencias de género hacia las mujeres mexicanas.

La reflexión de Castellanos en *Kena* confirma que durante estas décadas hubo un discurso ambivalente hacía las mujeres. Por un lado, promovía la independencia femenina y una visión crítica de su entorno; por otro, se enfrentaba a un contexto de frecuente reafirmación conservadora del éxito femenino dentro del matrimonio y la familia. Para las lectoras de la revista, estos mensajes en *Kena* y *Claudia* ofrecían la posibilidad de involucrarse a la reflexión feminista y al cuestionamiento de las normas patriarcales de su época. Sin embargo, esta invitación también traía nuevas expectativas, exigía que la “mujer-madre” se ajustara un rol cosmopolita con múltiples atributos: madre, mujer, moderna, inteligente consumidora y feminista, todo esto, sin renunciar a sus responsabilidades tradicionales. Este discurso probablemente tuvo una relevancia particular para las clases medias, cuyas aspiraciones y preocupaciones sobre cómo equilibrar lo tradicional con una identidad más moderna estaban en el centro de los mensajes de ambas revistas.

En este contexto donde el cuerpo femenino fue protagonista de las tensiones entre la modernidad y tradición, también se integró a las discusiones del campo de la sexualidad. Con estos cambios, se presentó la necesidad de abordar el sexo más allá de un medio para la reproducción, de entenderlo como parte de la identidad y placer femenino. Así, poco a poco fue abriendo un debate en el que se cuestionaba: ¿el sexo es solo para la reproducción o también puede disfrutarse por placer?

5.3 ¿Sexo por placer o para reproducirse?

Hablar de sexo en las décadas de los cuarenta y cincuenta en México en los medios de comunicación, se limitaba exclusivamente a datos sobre salud de los genitales de hombres y mujeres, o a temas relacionados con la reproducción y el crecimiento de la familia; casi nunca para hablar de placer y de su práctica en las relaciones de pareja. Sin embargo, en la década de los sesenta, las conversaciones sobre el sexo

poco a poco estuvieron más presentes en las poblaciones urbanas, como parte de un cambio sociocultural: el de la revolución sexual. Esta revolución se distinguió por varios elementos en Occidente, fue un proceso de transformaciones de actitud y de cambios generacionales, donde los jóvenes desafiaron al orden establecido y a las figuras de autoridad. Estos nuevos comportamientos abrieron un espacio para la libertad sexual, las muestras de amor sin ataduras, el uso de anticonceptivos y una cierta permisividad de demostración de conceptos eróticos en los medios de comunicación y en espacio público. Paralelamente, hablar de sexo se convirtió en “una parte vital de las luchas de emancipación, aquellas que se oponían a la censura, la homofobia, el colonialismo, el sexismo y capitalismo”.⁴⁷⁵

México no fue la excepción a esta revolución. Como muestra de su impacto cultural, algunos medios de comunicación como la prensa, el cine, la televisión y las revistas femeninas comenzaron a conversar más sobre la sexualidad. No obstante, “el relajamiento de la moral sexual” y la creciente urbanización e industrialización de las zonas urbanas era algo que preocupaba a las élites incluso desde décadas previas al milagro mexicano y a las primeras evidencias de esta revolución, pues “percibían a la sexualidad moderna como peligrosa”. Al igual que en Estados Unidos o algunos países de Europa, los jóvenes de zonas urbanas fueron los protagonistas de este proceso revolucionario en el país, y se consideró como una gran amenaza a la moral.⁴⁷⁶

Sin embargo, en el caso mexicano, la revolución sexual solo fue visible en pocos sectores que tuvieron mayor acceso a la educación y a recursos económicos. Incluso en los sectores urbanos, estas libertades sexuales no se percibieron como algo común. Un ejemplo de ello, fue que para la década de los ochenta en la ciudad de México se presentaron pocos indicios de transformación en las prácticas sexuales o en el uso de métodos anticonceptivos eficaces en las relaciones de pareja. Según Martín González, más bien fue una revolución “discreta” o “incompleta”, “poco exitosa” en donde no hubo transformaciones radicales en las dinámicas de la sexualidad de los mexicanos durante su curso en las décadas de

⁴⁷⁵ La traducción es mía. Garton, *Histories of sexuality*, 2004, pp.221-222.

⁴⁷⁶ González, “La revolución sexual”, 2021, pp. 9-11.

1960 y 1970.⁴⁷⁷ González compara el caso de Argentina con México, al señalar que los resultados de la revolución sexual ocurrieron formas “moderadas” en ambos países y que no fue tan novedosa como se podría esperar. Sin embargo, también enfatiza que, aunque no cambió drásticamente “el mundo de la sexualidad, si transformó la sociedad de manera profunda, trasladando la sexualidad al terreno de la discusión política y cultural”.

El aporte que hace González es significativo, en tanto que establece un matiz sobre el argumento de que la revolución sexual supuso una modificación inmediata o extrema en las prácticas sexuales en México. Coincido con su argumento dado que en el acercamiento que he tenido a la época a través de *Kena* y *Claudia*, producidas durante esa revolución, tampoco se observa un cambio abrupto en el discurso hacia las formas de referirse a dinámicas de vida sexual entre las parejas o en la ejecución de las relaciones amorosas. Aunque, esto no significa que en otras fuentes como la literatura o el cine, no hayan existido lenguajes que mostraran una gradual aceptación de temas sexuales más explícitos, así como de fenómenos políticos relacionados con la “apertura democrática” experimentada después del movimiento de 1968 y a partir del sexenio de Luis Echeverría.⁴⁷⁸

Sin duda, tanto *Kena* y *Claudia* se mantuvieron en una línea discursiva que sí abordaba temas sexuales, relaciones de pareja, de modificaciones en el rol de la mujer y reflexión de anticonceptivos, pero al mismo tiempo utilizaba un lenguaje moderado con respecto a la liberación sexual femenina. Es probable que esto se deba a que eran publicaciones dirigidas a sectores medios con aspiraciones de preservar valores tradicionales que buscaban un estatus social y económico específico. A continuación, analizaremos algunos ejemplos sobre el tema de la sexualidad femenina, un asunto que se manejó entre la necesidad de reproducción y la tímida apertura a la aceptación del placer sexual en la vida de las mujeres y el

⁴⁷⁷ González hizo una revisión de encuestas de 1989, realizadas a mujeres jóvenes de varias zonas de la ciudad de México como el tianguis del Chopo, el Bosque de Chapultepec, la UAM, la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, en las que varias de ellas aseguraban que no experimentaron una significativa “libertad sexual” en casos donde algunas ya habían iniciado su vida sexual y en las que no también. Pero esto es de 89 y tu nos estas describiendo lo ocurrido en 60's y 70's. *Ibid.*, pp.11-12.

⁴⁷⁸ González, “La revolución sexual”, 2021, p. 168.

conocimiento de su propio cuerpo. Los tópicos que se trataron fueron la adolescencia y el sexo, las relaciones sexuales en el noviazgo y el matrimonio.

Una preocupación que surgió entre los adultos en la década de los sesenta y setenta era el manejo del tema del sexo con los niños y los adolescentes. Es importante recordar que los adultos de esa época, habían crecido con ideas más conservadoras y herméticas con respecto al sexo, por lo que eran temas que en sus familias simplemente se obviaban o se omitían sin mencionar mucho al respecto. No obstante, a medida que el tema de la sexualidad comenzó a ser mayormente mencionado en el espacio público, surgió también la necesidad de establecer estrategias para explicar a los más jóvenes sobre su existencia y propósito social. Un ejemplo claro de esta necesidad lo podemos identificar en *Claudia* en el año de 1965, donde se abordó el tema sobre el cómo explicar a los niños acerca del nacimiento de los bebés.

En el artículo de “La cigüeña no existe”, se trató la complejidad de decirle a los niños cómo ocurre el sexo, lo ideal según la revista era contestar con dos contundentes respuestas para evitar dar demasiados detalles sobre el acto a los menores, y no debe ser un tema comparado con el funcionamiento biológico de lo “animal o vegetal”. Incluso, se sugería recurrir a la *Guía para la Educación Sexual* de la editorial Hormé. Este libro pretendía orientar a los padres en cómo responder con franqueza y un lenguaje con toque científico. Lo ideal con estas recomendaciones era que los niños no sintieran desaprobación de sus padres o reprimendas al hacer este tipo de preguntas y que recibieran información certera sobre sus inquietudes. Una de las premisas de *Claudia* era poder hablar de cualquier tema: “Claudia no tiene temas prohibidos. Sus páginas examinan los problemas familiares más secretos con autoridad, honradez y franqueza”.⁴⁷⁹ Es probable que, para varias de las lectoras, los consejos de la publicación hayan fungido como una fuente de orientación alternativa sobre la instrucción en temas de sexualidad.

Asimismo, la inquietud por explicar a los niños y adolescentes se hizo cada vez más evidente. Las preocupaciones de las madres lectoras se presentaron para

⁴⁷⁹ Adriana, “La cigüeña no existe”, *Claudia*, no.1, 1965, pp. 26 y 28.

solicitar consejos sobre cómo abordar temas de la menarquía, los primeros encuentros sexuales y la manera de cuidar la virginidad antes del matrimonio. En la sección “Problemas de mujeres” de *Kena*, se discutían asuntos relevantes de la época para el mundo femenino de la época. En esta sección las lectoras contaban con la oportunidad de enviar sus dudas a la redacción de la revista, y si tenían suerte, sus dudas eran respondidas por la encargada de la sección o por especialistas médicos, educadores e incluso sacerdotes. Una la historia de una madre se publicó en esta sección en 1964, relataba la angustia por explicar el tema de la menstruación a su hija “pre-adolescente”. La niña había comenzado a escuchar sobre el tema en la escuela durante las charlas con sus compañeras y la madre temía afrontar la situación porque hablar de ese tema era un tabú.

Al no saber que hacer, la madre acudió con la médica del colegio de su hija y le expuso su ansiedad al tratar temas de menstruación y el sexo. Le pidió a la doctora que interviniera para explicar científicamente a la joven sobre esos temas a su hija. La doctora le aconsejó que lo mejor era que ella, como madre, se atreviera a hablar de ello con su hija, ya que era preferible que escuchara de esos tópicos de intimidad desde la figura materna. La médica le proporcionó panfletos de educación sexual del colegio y le brindó una charla para animarla para abordar el asunto con su hija. Al final la madre confesó a la médica que su angustia por hablar de sexualidad se remontaba a su juventud, cuando tuvo sus primeros encuentros sexuales, lo cual se refleja con la siguiente cita:

Los temores que había experimentado al removerse mis primeros sentimientos sexuales...sentimientos que no esperaba, ni comprendía...eran debido a mi propia ignorancia, no eran debido a ninguna condición ‘diabólica’ inherente al sexo. Y, secretamente, empecé a preguntarme si mi vida sexual adulta no habría sido mucho más satisfactoria si no hubiera tenido mayores conocimientos sobre mí misma, y menos remordimientos sobre el sexo.⁴⁸⁰

De cierto modo, la mujer lamentaba no haber recibido una mayor educación sobre la sexualidad en su adolescencia, porque sus experiencias sexuales pudieron haber sido distintas, con menos temores y mayor libertad. La charla con la doctora le dio valor para abordar el tema con su hija, y pronto tuvo una plática detallada en

⁴⁸⁰ Madrigal, “Mi hija ya es una señora”, *Kena*, febrero, núm. 14, 1964, p.6.

la que le explicó que menstruación era la “forma en que la naturaleza que te prepara para ser mujer”, se sirvió de algunos datos científicos, pero remarcó que no era solamente “una cosa biológica...sino un conjunto completo de sentimientos, valores e ideales que son parte crucial de la vida...”. La madre no dudaba que la información que brindó a la joven sería una herramienta para el noviazgo, el mantenimiento de la castidad y la elección del hombre que amaría toda la vida.⁴⁸¹

En este caso, se aborda el tema de la sexualidad en los adolescentes y preadolescentes con mucha cautela, dado que como sujetos se les considera lejanos al mundo de los adultos. Comunicar sobre estos tópicos a las mujeres parecía aún más complicado debido a la falta de educación sexual en los padres y madres. Recaía especialmente en las mujeres informar a sus hijas sobre los procesos de su cuerpo. Éstas recurrían a elementos científicos, prejuicios sociales y nociones del sexo que muchas veces estaban relacionadas instantáneamente con el sentimiento del amor y el objetivo de formar una familia. Había que trabajar cuidando el cuerpo femenino para que pudiera gestar y consolidar el ambiente amoroso para matrimonio y la familia. Un fenómeno que Bell Hooks denominaría como un acto de amor, en el que la mujer se prepara para ser madre y esposa, consolidando el modelo patriarcal donde la mujer cumple con esa carga y tarea emocional.

En ese contexto de notable inquietud por la proliferación de discursos que mencionaban el sexo en el espacio público, también surgieron dudas entre las lectoras sobre las dinámicas del noviazgo. Una mujer llamada Amalia, escribió en tono de urgencia en 1964 a la revista *Kena*. Contó que una de sus hijas le preguntó “¿hasta dónde una muchacha puede llegar en relaciones con su novio? y Amalia no supo qué responder por lo que pidió ayuda a la publicación para brindar una guía a su hija. La escritora Carmen Madrigal le contestó a Amalia que en ese momento se hablaba mucho acerca del sexo, pero que no había verdaderas orientaciones para los jóvenes, situación que los llevaba a errar en la vida. “En el país, los datos que aportan las estadísticas son pavorosos, en cuanto se trata de los resultados

⁴⁸¹ Madrigal, “Mi hija ya es una señora”, *Kena*, febrero, núm. 14, 1964, p.6.

negativos que ha dado la 'educación sexual' equivocada. De trescientas mil madres solteras, cien mil están entre los catorce y dieciséis años de edad".⁴⁸²

Con el fin de brindar una respuesta sustentada e informada a Amalia, Carmen consultó la opinión de varios especialistas en el tema: un educador, un sacerdote, un psicólogo y una trabajadora social. El educador y el sacerdote coinciden en que el sexo fue creado por Dios para gestar otros seres humanos, en un ambiente de decencia, de matrimonio legal y en sintonía con el amor. El psicólogo también coincidió en que las relaciones sexuales deben ser acompañadas con amor para que sean significativas. Sin embargo, tanto la maestra, como la trabajadora social expresaron opiniones un tanto diferentes. La maestra creía que la guía sobre los "instintos sexuales" debía provenir de la familia, ya que la escuela podía apoyar, pero la verdadera responsabilidad de informar sobre educación sexual era la familia. Mientras que la trabajadora social proponía que los jóvenes no se educaran en "normas convencionales de la moral", sino que más bien los padres se encargaran de enseñar a las muchachas a cuidarse a sí mismas y a los hombres a respetar. Ambas se mostraron en contra de la aplicación del control de la natalidad para solucionar embarazos no deseados en los jóvenes, preferían optar por un entorno de acercamiento a los jóvenes a su hogar y familia para que evitaran errores que desviarán su camino.⁴⁸³

Aparentemente, hablar sobre relaciones sexuales en ocasiones era un asunto difícil de tratar en la familia, con los hijos, e incluso un tópico complicado entre las mismas parejas que ya estaban casadas. Algunas mujeres de clase media atravesaban por dificultades para expresar sus deseos conforme al sexo en su matrimonio, así como de la frecuencia de este y las formas de acercamiento del marido. Les era difícil expresar sus deseos sexuales y sentimientos a sus esposos; se quejaban de que no las trataban con ternura y que sus maridos las tomaban por sorpresa, y ellas debían de responder al acto sexual sin aviso previo, cuando sus esposos presentaran deseo. Incluso se sentían culpables de tener sexo y recurrían

⁴⁸² *Ibid.*, pp.6-8.

⁴⁸³ Madrigal, "Qué le está permitido a los novios", *Kena*, febrero, núm. 15, 1964, pp.6-8.

a los sacerdotes para recibir apoyo moral y consejos para mejorar su vida marital.

484

Paralelamente, se presentaban advertencias sobre aquellas mujeres que quisieran experimentar relaciones sexuales antes del matrimonio a causa del miedo a “perder a un hombre”. Los hombres ante todo debían mostrar ternura y amor, ya que las conductas de moda que vendían el “amor libre” en el cine y las novelas, no eran correctas para los muchachos. Por ello, los embarazos no deseados, los casos de madres solteras eran considerados como un fracaso, ya que en algunas ocasiones originaba que los jóvenes se casaran por el compromiso de cuidar al hijo, pero también había casos en donde los hombres no querían hacerse responsables de sus hijos, ni tampoco deseaban casarse. Por lo que se hacían recomendaciones como la siguiente:

“Enseñar a los jóvenes a convivir sanamente es una tarea que la sociedad debe imponerse. Los matrimonios a vapor para ‘tapar’ la falta cometida no son felices. La conciencia de que la unión fue una imposición, los conducirá al fracaso”.⁴⁸⁵

Las relaciones amorosas y el sexo aún representaban un tabú para las lectoras y escritoras de estas publicaciones. A lo largo de sus páginas se manejaba un lenguaje que prometía investigación en las respuestas o consejos otorgadas a las lectoras; sin embargo, la revolución sexual estaba lejos de expresarse ampliamente en los sujetos implicados en las publicaciones. El modelo de familia nuclear, las relaciones de pareja consensuadas por los padres, los matrimonios planeados, y noviazgos supervisados siguieron siendo algo común en las páginas de las revistas. El mandato de género hacia las mujeres era el de cuidar su cuerpo, y su virginidad, para posteriormente gestar y formar una familia. Las precauciones por preservar la salud del cuerpo femenino se hicieron presentes desde la adolescencia a la vida adulta, con una serie de amplios consejos y publicidad de productos íntimos en las revistas.

Si bien, las publicaciones comenzaron a hablar más de sexo y placer, ello no implicó un radical cambio en las actitudes hacia la libertad de la sexual femenina.

⁴⁸⁴ S/a, “Entre marido y esposa”, *Kena*, marzo, núm. 16, 1964, pp.5-7.

⁴⁸⁵ S.a., “Madres solteras”, *Kena*, abril, núm. 16, 1964, pp.5-7.

Las actitudes conservadoras que priorizaban el matrimonio como requisito para tener encuentros sexuales, o como un medio para satisfacer al marido, además de que reforzaron el sexo con fines de reproducción. Aunque *Kena* y *Claudia* trataron de incorporarse a la conversación en el contexto de la revolución sexual, no necesariamente impulsaban una agenda de transformación cultural sobre los derechos sexuales y reproductivos. En México las demandas de feministas estaban más interesadas en lograr la igualdad de derechos ante la ley como trabajadoras, “con la justicia social y la igualdad económica”, un asunto de mayor urgencia no solo para los grupos feministas mexicanos, sino para otras simpatizantes de Latinoamérica. Esa tensión entre la búsqueda de derechos sexuales y reproductivos y la mejora de las condiciones socioeconómicas de las mujeres se hizo presente en las discusiones de la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer y la Tribuna de las Organizaciones No Gubernamentales. Mientras la primera causa fue defendida mayormente por mujeres de Estados Unidos y los países del “primer mundo”, la segunda, fue apoyada por las del “tercer mundo”, especialmente por el bloque latinoamericano.⁴⁸⁶

5.4 Cuidados del cuerpo femenino: Recomendaciones para antes, durante y después del embarazo

Durante los años sesenta y setenta, revistas como *Claudia* y *Kena* desempeñaron un papel crucial en la difusión de recomendaciones para el correcto cuidado de la mujer gestante. En este apartado, se analizará cómo estas publicaciones abordaron el cuidado del cuerpo femenino antes, durante y después del embarazo, durante el contexto sociocultural del fin del pronatalismo y el surgimiento de la revolución sexual en las industrias culturales. No solo difundieron información sobre el tema, sino que también contribuyeron a la regulación de los procesos de maternidad y orientaron a las mujeres para esa etapa.

⁴⁸⁶ Fuentes, “Entre reivindicaciones sexuales”, 2014, p.165-170.

En muchos casos, los consejos prometían ser los más vanguardistas en términos de medicina, gimnasia o nutrición.⁴⁸⁷ Las revistas se esforzaban por ofrecer las tendencias occidentales más modernas para el cuidado del embarazo. La proliferación de estos discursos debe entenderse dentro de un proceso más amplio creación y regulación de cánones del género femenino, donde como hemos señalado, el cuerpo de la mujer gestante se convirtió en un campo de intervención de poderes médicos, religiosos, estatales y mediáticos. Esta regulación se inscribió en un contexto de cambios sociales y culturales, en el que la maternidad fue abordada como una experiencia personal, pero también como un espacio para sugerir ideales de salud, belleza y comportamiento. Al observar estas recomendaciones, se puede notar cómo las publicaciones colaboraron en la creación de expectativas para las mujeres embarazadas y para aquellas que aspiraban a estarlo. Crearon una visión de maternidad que trascendía las realidades individuales femeninas, y se adaptaron a las modas y exigencias de la época.⁴⁸⁸

Un ejemplo de ese enfoque se manifestó en las recomendaciones antes del embarazo. En un artículo de 1966 en *Kena*, titulado “¿Cómo nace un niño?”, se ofrecía una visión integral sobre los cuidados necesarios para lograr una gestación saludable. El artículo se planteaban preguntas cruciales sobre el proceso de formación y desarrollo de una nueva vida, así como de las principales señales que indicaban a toda mujer el inicio de un embarazo. Las interrogantes que proponían eran las siguientes:

¿Cómo se forma y desarrolla una vida nueva en el seno de la madre? ¿Cuáles son los síntomas que realmente anuncian el principio del embarazo? ¿Cuáles son las molestias físicas y síquicas que la futura mamá padece durante los primeros meses de su espera? ¿Cómo pueden dominarse las náuseas? ¿Qué hay de cierto en algunas creencias tradicionales sobre el embarazo? ¿Cuáles son los peligros que amenazan al niño en gestación cuando la madre ingiere determinadas drogas?⁴⁸⁹

⁴⁸⁷ Desde el punto de vista de Foucault la implementación de ejercicio en la embarazada suponía un tipo de “caracterización” de las mujeres para que pudieran atravesar con cierto orden físico ese estado. Para Foucault el ejercicio a través del cuerpo supone la caracterización de los individuos en distintos espacios de socialización. Foucault, *Vigilar y Castigar*, 2009, p.187.

⁴⁸⁸ Sánchez-Bringas, “Reflexiones metodológicas”, 2009, p.239.

⁴⁸⁹S.a, “¿Cómo nace un niño?”, *Kena*, enero, núm. 59, 1966, p.68.

El objetivo del artículo era ilustrar a las futuras madres, brindarles conocimientos para el beneficio de su salud, y, sobre todo, de cómo manejar los primeros síntomas. Se mostraba especial confianza en las pruebas científicas y se sugería a las mujeres realizarse análisis de sangre en laboratorios y acudir al médico desde las primeras sospechas, para saber con exactitud si un embarazo era real o psicológico. El texto no solo exploraba los síntomas comunes de la “mujer promedio” como mareos, náuseas y retraso menstrual, sino que también se adentraba en las dificultades psicológicas que las futuras madres pudieran tener en los primeros meses de la gestación, como los efectos del cansancio.

A pesar de que la revista se guiaba de indicadores científicos, el artículo también criticaba el concepto de “mujer promedio” utilizado por los ginecólogos para describir los síntomas comunes prenatales. El texto cuestionaba la idea de que los síntomas del embarazo pudieran definirse bajo un único estándar, señalaba que “no existe un embarazo igual a otro”. Asimismo, es relevante mencionar que en la misma página de este artículo se presentaba una publicidad de talco para bebé de la marca Mennen. Este vínculo entre el contenido editorial y la publicidad demuestra cómo las revistas combinaban la difusión de contenido científico con la promoción de productos relacionados.⁴⁹⁰

Durante los cuidados del embarazo, los discursos de ambas revistas permitían observar un cruce narrativo entre las normas sociales, los avances científicos y las expectativas tradicionales de la maternidad en la época. En 1970, una sección titulada “Lo último en medicina” en *Kena* exponía sobre un experimento en la Universidad de Hadassah en Israel, enfocado en la prevención del “aborto habitual”, es decir, un tipo de parto prematuro asociado con el estrés en las mujeres. El artículo destacaba la importancia del control emocional. Según las investigaciones de esos años, el exceso de estrés inducía una descarga de serotonina en el útero, provocando la pérdida del bebé. Este avance científico se presentaba como un hito en la medicina, porque ponía en primer lugar la inquietud por la salud física de la madre y el feto. La relación entre estrés emocional y complicaciones en el embarazo evidenciaba un interés tanto para vigilar los aspectos físicos del embarazo, como

⁴⁹⁰ S.a., “¿Cómo nace un niño?”, *Kena*, enero, núm. 59, 1966, pp.68-69.

en atender las condiciones emocionales que podían influir en el bienestar del feto y poner en riesgo su curso.⁴⁹¹

En contraste, en 1975, en una entrevista en la revista *Claudia* con el médico Mario González, un cirujano plástico reconocido de la ciudad de México y fundador del hospital Dalinde, presentaba una perspectiva un tanto diferente. González, argumentaba que la etapa del embarazo no requería algún “tratamiento especial”, o fórmula específica, sino una supervisión más focalizada en el control físico y médico, concentrada en el consumo calórico y el aporte de vitaminas y minerales. Según su libro “El síndrome de la negligencia obstétrica”, la mujer gestante debía limitarse a una dieta y monitoreo muy similar al de una mujer no embarazada, con un aumento de peso mensual no mayor a un kilogramo. Su principal inquietud complicaciones como la obesidad y la diabetes, pues su objetivo se basaba en el control físico del cuerpo femenino y su volumen durante el embarazo. Este enfoque estaba orientado a prevenir patologías que pudieran afectar tanto el parto como la salud postparto, y asegurar la salud de la mujer gestante y la viabilidad de futuros embarazos.⁴⁹²

A esto se sumaba la perspectiva del Dr. Héctor Cabrera Foster, un pediatra destacado del Hospital Infantil, quien sugería una mayor vigilancia prenatal para evitar nacimientos prematuros. Cabrera advertía que había un factor de riesgo que provocaba partos prematuros era la edad de las mujeres, especialmente las más jóvenes o en aquellas mayores de 35 años. Ante este problema, Cabrera ante este problema, sugería empezar a implementar el parto psicoprofiláctico que como se enfatizó en el capítulo II, consistía en preparar a las gestantes mental y físicamente previo al parto. Cabrera aseguraba que en México ya existían los centros sanitarios y médicos preparados para poder implementar esa metodología, lo que demuestra la incorporación de tendencias internacionales de medicina en la ginecología y su popularización en las revistas femeninas.⁴⁹³

Aunque estas propuestas eran ligeramente distintas, convergían en la regulación del cuerpo femenino conforme a las expectativas sociales y culturales de

⁴⁹¹ S.a., “Lo último en medicina”, *Kena*, noviembre, núm. 175, 1970, pp.90-91.

⁴⁹² Perales, “¿Madre vs. Mujer?”, *Claudia*, diciembre, s/n, 1975, p.25.

⁴⁹³ Ponjoán, “Los niños prematuros”, enero, núm. 59, 1966, p.70-71.

esos años. Las discusiones sobre el estrés y el control de peso reflejan cómo los cuidados sobre el cuidado del cuerpo estaban orientados por los ideales de salud, belleza y comportamiento de las industrias culturales y autoridades médicas. Se buscaba un cuerpo gestante esbelto y emocionalmente estable. La presentación de estas normas evidencia también la complejidad en la regulación del cuerpo femenino y cómo contribuyó a la creación de un ideal de maternidad que respondía a las necesidades transnacionales de modernización de las prácticas sociales femeninas en relación a su salud, y que, al mismo tiempo correspondía con las demandas que el Estado mexicano solicitaba a las mujeres mexicanas sobre la responsabilización de su propia salud.⁴⁹⁴

La integración de avances científicos y médicos en los textos de las páginas nos muestra que las revistas no solo informaban, sino que también moldeaban expectativas sobre la maternidad. Se promovía una narrativa uniforme sobre el embarazo, que a menudo exigían un estatus social asociado con la clase media o incluso alta. La representación del cuerpo de la mujer gestante en estas revistas, nos revela una lógica cultural que vinculaba al cuerpo femenino con su rol reproductivo, lo cual limitaba su corporeidad a la expresión de la maternidad. Desde la perspectiva de Judith Butler, este fenómeno se puede entender como una manifestación de la performatividad de género, donde el cuerpo femenino es configurado bajo a través de discursos específicos. El cuerpo femenino gestante no solamente fue un objeto de análisis médico, sino un símbolo de feminidad que a menudo se relacionó con la idea de la futura madre y ama de casa en un sentido muy tradicional.⁴⁹⁵

Hacia la culminación del embarazo las indicaciones dirigidas al cuerpo femenino se modificaron, se centraron en recuperar la figura en el posparto. Existía una preocupación intensa por el “pecho flácido, la celulitis y esas temidas estrías blancas”, y para abordar esos temores, la revista *Kena* sugería “tomar ciertas precauciones desde la época del embarazo y seguir después del nacimiento del nene un régimen de dieta y de ejercicios”. Estas recomendaciones se

⁴⁹⁴ Santa y Erazo, “Modelo transnacional”, 1982, p.45.

⁴⁹⁵ Butler, *El género en disputa*, 2007, pp.55-63.



fundamentaban en consejos médicos, en los ideales estéticos del momento y se acompañaban de imágenes de mujeres esbeltas y a la moda.



Figura 4. S.a., “Cómo recuperar la línea”, *Kena*, marzo, 1967, p.77.

Se aconsejaba reducir el consumo de sal e ingerir muchos alimentos ricos en proteínas con un complemento de frutas y verduras, pero sobre todo evitar pastas y pan. Esta dieta, además de beneficiar el desarrollo del bebé, estaba orientada a mantener el peso de la madre bajo control. También se fomentaba la práctica del ejercicio físico, como la gimnasia, se promovía desde el embarazo, pues se insistía en que la mujer embarazada no era una enferma. Para mantener un cuerpo esbelto y atractivo tras el parto había que realizar ejercicios como caminar o incluso nadar. Después del alumbramiento se sugería tomar acciones inmediatas como la siguiente: la “nueva mamá ha dejado el sanatorio, deberá realizar, por quince días seguidos cuando menos un poco de gimnasia, medida en extremo importante para ayudar a los músculos del vientre a recobrar su forma”.

Asimismo, advertían del uso prolongado de fajas y brasieres de embarazo porque después de la gestación podían volver a los tejidos “colgantes”. Estas indicaciones reflejaban una preocupación por la apariencia física del postparto, en donde las revistas valoraban la recuperación estética como parte del rol de las nuevas madres, y en ningún aspecto contemplaba a las mujeres que habían pasado por una cesárea. Así, más allá de informar sobre cuidados físicos, estas publicaciones perpetuaron estándares de belleza y un tipo de recuperación que presionaba a las mujeres por volver a la delgadez y a su atractivo, pues de otra forma, su valor en el posparto y en la vida como madres sería menor.⁴⁹⁶

En la década de 1970, el cuidado del cuerpo gestante comenzó a entrelazarse de manera crucial con el debate sobre la planificación familiar. Las revistas de la época brindaban detallados consejos para mantener un cuerpo esbelto y saludable durante y después del embarazo, mientras que, al mismo tiempo, manifestaban un creciente interés en regular la reproducción. La inquietud por la recuperación estética tras el parto y el manejo del peso estaban estrechamente vinculadas a las nuevas políticas estatales de población que buscaban redefinir la estructura familiar y la natalidad. Estas recomendaciones no solo apuntaban a la mejora de la salud física, sino que también mostraban un esfuerzo por moldear las expectativas sobre la maternidad y el rol de las mujeres en este contexto, las cuales perfilaron al cuerpo como *productivo* y *moral*.

En este escenario, el objetivo mediático por un embarazo y posparto saludable coincidió con la aparición de los programas de planificación familiar, en el Estado mexicano avanzaba hacia una visión más controlada y racionalizada de la maternidad. La introducción de conceptos como "paternidad responsable" y el impulso de métodos anticonceptivos modernos buscaban alinear los ideales de salud y belleza con las nuevas políticas de natalidad. De este modo, la regulación del cuerpo gestante se integró con las expectativas de controlar la natalidad y redefinir la maternidad en términos acorde a las políticas estatales.

Durante los primeros años de la planificación familiar en México, el discurso pronatalista aún tenía un eco en la sociedad mexicana, pues su implementación

⁴⁹⁶ S.a., “Cómo recuperar la línea”, *Kena*, marzo, 1967, pp.77-79.



no se dio de manera inmediata, menos en la mentalidad de algunos. En 1975, el psicoanalista Santiago Ramírez señalaba los hombres mexicanos aún buscaban en las mujeres características tradicionales. Ramírez observaba que los hombres deseaban esposas que se asemejaran a sus propias madres: que se embarazaran y amamantaran con frecuencia, que cocinaran bien y, al mismo tiempo, que mantuvieran una apariencia física atractiva y satisficieran sus necesidades sexuales. Sin embargo, el discurso del psicoanalista también reflejaba una dicotomía profunda. Aunque en ese contexto la planificación familiar promovía una visión más moderna y controlada de la maternidad, Ramírez indicaba que “muy pocas” mujeres optaban por representar un “rol” más acorde con la imagen de una mujer moderna en lugar de la abnegada y sufrida “madrecita” mexicana. Este contraste evidencia cómo, a pesar de los esfuerzos por modernizar y racionalizar la maternidad por el Estado, persistía una presión y arraigos cultural hacia la conservación de ideales tradicionales de feminidad basados en una maternidad abnegada.⁴⁹⁷

En ese contexto, el debate sobre la planificación familiar en México en 1975 evidenciaba la tensión entre las expectativas tradicionales de maternidad y las nuevas políticas del Estado. Un colaborador de la revista *Claudia* en el artículo “El control natal. ¿La paternidad responsable es la solución atinada?” abordó las dos posturas predominantes en el país. La primera, resumida en el dicho “entre menos burros más olotes”, promovía la reducción de la población para mejorar la calidad de vida y reducir dificultades. La segunda, “creced, multiplicaos y poblad la tierra”, derivaba de los mandatos bíblicos y las enseñanzas de la Iglesia Católica, que promovían un aumento en la natalidad. Según Manuel Guzmán Herrera, el Estado mexicano intentaba equilibrar estas posturas mediante el concepto de “paternidad responsable” para “paliar, reducir y controlar” la tasa de natalidad, evitando caer en los extremos de ambas visiones. La introducción de este concepto de “paternidad responsable” y la promoción de la planificación familiar formaban parte de un esfuerzo por redefinir la maternidad no solo en términos de cantidad, sino también de calidad. Aspecto que representó un cambio en la performatividad de género,

⁴⁹⁷ Perales, “¿Madre vs. Mujer?”, *Claudia*, diciembre, s/n, 1975, pp.22-24.



donde el Estado buscó reformular un cambio en el concepto de maternidad, proponía un nuevo camino hacia una elección de hijos de manera más “racional”.

498

El artículo de Guzmán exponía las preocupaciones sobre el crecimiento demográfico, especialmente en el Distrito Federal. Señalaba que mientras se leía el texto, nacían 500 mexicanos, una cifra que alimentaba el temor a un incremento poblacional descontrolado en el futuro. La celebración del Congreso Mundial de Población en Bucarest había llevado a México a reconsiderar su política de natalidad, provocando una crítica hacia el cambio abrupto de una “política de estímulo a nacimientos” a una nueva Ley General de Población (1974) que sugería una reducción en el número de hijos por pareja. Ya no se debía premiar a “la madre más prolífica”, sino a la que tenía “menos hijos pero bien comidos, bien educados, adecuadamente deseados y queridos”. Además, también se criticaba el poco o nulo impacto de las campañas del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Este contexto demuestra cómo las políticas públicas podían interactuar con las normas culturales para moldear y reformar las percepciones del cuerpo femenino y la maternidad, reflejando una lucha constante entre la autonomía personal y las presiones sociales y culturales.

Se argumentaba que la implementación de la paternidad responsable sería un desafío en un contexto marcado por siglos de machismo, y frente a la percepción de que las clases ‘económicamente débiles’ eran las más fecundas. A nivel internacional, se mencionaban las inconformidades con la Encíclica *Humanae Vitae* en Iberoamérica, donde algunos creían que el Papa prohibía la paternidad responsable. Sin embargo, la Iglesia solo había rechazado ciertos métodos anticonceptivos, sugiriendo el método del ritmo. Guzmán citaba un folleto del Instituto Mexicano de Estudios Socio-Políticos y Económicos, en el que se destacaba la visita del presidente Luis Echeverría al Vaticano, donde Echeverría reconoció el “sentido progresista en las Encíclicas correspondientes al desarrollo económico y a los problemas de la presión demográfica”. Este choque discursivo y la dificultad de adaptar estas estrategias a la “pareja católica y mexicana, que

⁴⁹⁸ Guzmán, “El control natal”, *Claudia*, marzo, núm. 115, Año X, 1975, pp.14-15 y 120-121.



pretende ser fiel a su convicción religiosa y a su razonable deber cívico” subrayan cómo las estructuras de poder y las normas religiosas continuaban influyendo en las políticas reproductivas, revelando las tensiones entre la modernización y las expectativas tradicionales.

Para el Estado y la Ley General de Población, la “planeación familiar” se entendía como un “derecho individual” que implicaba la autonomía personal en la decisión sobre el número de hijos, siempre asegurando su bienestar en términos de alimento, vestido y habitación sin dañar la unidad familiar. Sin embargo, no se detallaban claramente los medios para implementar estas medidas. La discrepancia entre la Iglesia y el Estado se hacía evidente: mientras la Iglesia apoyaba el método del ritmo, el Estado promovía el uso de anticonceptivos modernos como las píldoras o el DIU. Este conflicto reflejaba la dificultad de adaptar estas estrategias a la “pareja católica y mexicana, que pretende ser fiel a su convicción religiosa y a su razonable deber cívico”.

El Episcopado mexicano temía que las políticas estatales se convirtieran en un control natal coercitivo, con el riesgo de que el Estado recetara píldoras sin el consentimiento de las madres. Aunque el Movimiento Familiar Cristiano apoyaba otros métodos anticonceptivos debido a la dificultad del método del ritmo, confiaban en la necesidad y consciencia de las parejas. Mientras tanto, el Estado enfatizaba el derecho de las mujeres a ejercer su libre albedrío al “acercarse a las clínicas de Salubridad del IMSS o del ISSTE en busca de orientación” sobre anticonceptivos químicos o mecánicos. El autor del artículo subrayaba la “importancia de salvar” al amor conyugal y a la familia, reflejando las tensiones entre la modernización de las políticas de control natal y las expectativas tradicionales de la maternidad. Estas tensiones muestran cómo las políticas públicas, en su interacción con las normas culturales, moldearon y reformaron las percepciones del cuerpo femenino y la maternidad, marcando una evolución en la performatividad del género en el contexto mexicano.⁴⁹⁹

⁴⁹⁹ Guzmán, “El control natal”, *Claudia*, marzo, núm. 115, Año X, 1975, pp.14-15 y 120-121.



5.5 Conclusiones

A lo largo de este capítulo, hemos podido observar que las revistas *Kena* y *Claudia*, como industrias culturales importantes, contribuyeron a la construcción de representaciones de la mujer gestante durante las décadas de 1960 y 1970. A través de sus artículos, estas publicaciones promovieron una imagen de la maternidad estrechamente ligada a los ideales de feminidad y moral de la época. Definieron a la mujer gestante como un sujeto de cuidado médico, que también debía de adaptarse a ciertos modelos estéticos y conductuales. Este enfoque reflejaba en sus páginas un encuentro de los discursos médicos, religiosos y estatales, lo cual generó narrativas que reforzaban una continua vigilancia sobre el cuerpo femenino.

Durante la década de 1970, la planificación familiar emergió como un tema relevante en las publicaciones, a través de la promoción de métodos anticonceptivos y con conceptos como el de “paternidad responsable”. Estas revistas colaboraron en la redefinición de la maternidad en términos más racionales y controlados, centrados en el cuerpo femenino. Sin embargo, esta aparente modernización convivió con fuertes presiones culturales que aún se anclaban a los ideales tradicionales de madre mexicana, lo cual generó una evidente tensión entre la modernización impulsada por el Estado y las expectativas sociales más conservadoras, que aún para esas décadas privilegiaban a la madre abnegada.

Aunque las revistas abordaron temas que pretendían ser accesibles para todas las mujeres, los ideales de mujer y madre que promovían estaban dirigidos principalmente a mujeres urbanas de clase media. Esto se evidenciaba tanto en los tópicos tratados como en los productos anunciados, ambos marcaban una brecha entre las expectativas sugeridas y la realidad socioeconómica de muchas de las mujeres mexicanas. Esa diferenciación entre las páginas de las publicaciones, contribuyó a crear un modelo de mujer gestante, que resultaba inalcanzable para aquellas mujeres que no pertenecían a los sectores medios o incluso altos.

Kena y *Claudia* fueron espacios de ambivalencia, en donde la modernidad y lo tradicional se enfrentaron de manera continua. Y aunque incorporaron elementos

de la revolución sexual y del feminismo, sus discursos conservaron el rol de la mujer como madre y cuidadora del hogar. Las revistas no aceptaron por completo las nuevas formas de socialización sexual que surgieron en ese contexto. Esta dualidad nos permite entender las complejidades del proceso de modernización del milagro mexicano, en el cual las expectativas de género se adaptaron a los cambios socioculturales, algunos influenciados por la cultura trasnacional, sin abandonar por completo los roles tradicionales. Estas revistas contribuyeron a configurar y reforzar normas de género que moldeaban la identidad femenina, establecieron patrones de comportamiento y estética para buscar el reconocimiento social, sobre todo en función de completar una maternidad cosmopolita.



Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo, se ha demostrado cómo entre 1940 y 1975, el cuerpo de la mujer gestante fue objeto de regulación discursiva por parte del Estado, la medicina, la Iglesia y las revistas femeninas. Más allá de su dimensión biológica, se convirtió en un instrumento *productivo, moral, y médico*, crucial para el proyecto de crecimiento económico y poblacional del país. Los discursos predominantes idealizaban a las mujeres en un contexto de clase media, que a menudo ignoraba u obviaba las realidades de mujeres de clase baja.

A pesar de la incorporación en el mercado laboral y de la participación en movimientos feministas, el mandato de género hacia la maternidad permaneció como una obligación. Incluso, la doble jornada, que combinaba el trabajo remunerado y las labores domésticas, fue muy común y añadió más responsabilidades a las mujeres que formaron parte del proceso de modernización. Este fenómeno generó tensiones entre las nuevas realidades sociales y las formas tradicionales, provocando una reafirmación de la maternidad y domesticidad en respuesta al temor de cambios en el *statu quo*.

Las demandas del movimiento feminista, aunque crecieron en visibilidad y alcance, no consiguieron transformar radicalmente la visión hegemónica de la maternidad, que continuaba siendo vista como un pilar de la estabilidad social y el crecimiento demográfico. En particular, las políticas de control de la natalidad y la promoción del uso de anticonceptivos en la década de 1970, aparecieron como soluciones técnicas al crecimiento demográfico, pero no para combatir la situación de desigualdad femenina dentro de la cultura de género dominante.

El control de la sexualidad femenina se convirtió, entonces, en un mecanismo para el sostenimiento del modelo pronatalista. A través de discursos normativos y políticas públicas, el Estado, la Iglesia, la medicina y algunas industrias culturales buscaron regular no solo la capacidad reproductiva de las mujeres, sino también su comportamiento moral y sexual. Esta biopolítica del cuerpo gestante limitó significativamente la autonomía femenina, especialmente en las áreas urbanas.

donde la planificación familiar y el control demográfico se enfocaron con mayor intensidad. La Ciudad de México, como el epicentro de estas políticas, evidenció muchas de las contradicciones de un proceso de modernización que no logró desvincular el progreso económico de la alta fecundidad.

Aunque los movimientos feministas lograron avances significativos al visibilizar la necesidad de derechos reproductivos y una mayor autonomía sobre el cuerpo, su impacto no fue uniforme en todas las mujeres mexicanas. Mientras que algunas mujeres de clase media y alta en entornos urbanos comenzaron a desafiar las estructuras patriarcales, las mujeres de sectores populares y rurales continuaron enfrentando barreras significativas para ejercer control sobre sus cuerpos y decisiones reproductivas. Esto refleja que, a pesar de los cambios, la cultura de género siguió imponiendo limitaciones considerables a las posibilidades de transformación social.

Por último, aunque hubo avances en términos de derechos y participación, la modernización ocurrida en México no logró transformar profundamente la cultura de género. Los discursos de poder, a través de la biopolítica y la performatividad, perpetuaron una visión hegemónica de la maternidad que subordinaba a las mujeres a un mandato maternal. Esta situación se hizo evidente en las políticas de salud y planificación familiar que, lejos de liberar a las mujeres, reforzaron su rol como pilares reproductivos de la nación. La Ciudad de México, como centro de estas dinámicas, se convirtió en un espacio de disputa donde la autonomía femenina se enfrentó constantemente a los controles institucionales y culturales. De este modo, el cuerpo de la mujer gestante evidenció las complejidades de los procesos históricos de género en el México del siglo XX, evidenciando la dificultad de conciliar modernidad y emancipación femenina en un contexto marcado por profundas desigualdades sociales y culturales.

Para futuras investigaciones, resulta primordial explorar más a fondo las prácticas sociales y mecanismos de negociación que las mujeres gestantes emplearon frente a estos discursos de poder, así como indagar en la historia de la sexualidad femenina y el cuerpo durante la introducción de anticonceptivos y estrategias de planificación familiar. Además, es crucial estudiar el impacto de las

políticas estatales en la salud de las mujeres gestantes de clase baja, para entender cómo estas políticas influyeron en sus vidas y cómo enfrentaron las desigualdades estructurales en la atención a la salud materna. Quedan pendientes las investigaciones desde la historia regional, en otras urbes del país, así como el estudio sobre impacto que tuvieron estos discursos en las zonas rurales.





Instituto

Mora

Bibliografía y fuentes primarias

Acervos

Archivo de la Biblioteca Francisco Xavier Clavigero
-Fondo Acción Católica Mexicana

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud
- Secretaría de Salubridad y Asistencia

Publicaciones periódicas

Kena

Claudia

Gaceta Médica de México

Revista Ginecología y Obstetricia de México

Revista Medicina y Ciencias Afines

Salud Pública de México

Censos

Sexto Censo de Población, 1940, <
<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1940/>> [Consultado el 14 de enero de 2023].

Séptimo Censo General de Población, 1950,
<<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1950/>> [Consultado el 15 de enero de 2023].

Octavo Censo General de Población, 1960,
<<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1960/>> [Consultado el 15 de enero de 2023].

Noveno Censo General de Población, 1970,
<<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1970/>> [Consultado el 15 de enero de 2023].

Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000), INEGI,
UNAM, *Plan único de especializaciones médicas*, 2009

Diario oficial, *Ley del Seguro Social*, 1943.

Libros y artículos

Aguilar Rodríguez, Sandra, "Alimentando a la nación: género y nutrición en México (1940-1960)" en *Revista de Estudios Sociales*, núm. 29, 2008, pp. 28-41.

_____, "La mesa está servida comida y vida cotidiana en el México de mediados del siglo XX" en *Revista de historia iberoamericana*, vol.2, núm.2 2009, pp.52-85.

Alanís Rufino, Celia Mercedes, "De la casa al hospital. La atención en el momento del parto en el Hospital de Maternidad de la Ciudad de México (1861-1905)" en *I Jornadas Nacionales de Historia Social*, 30, 31 de mayo y 1 de junio de 2007, La Falda, Córdoba.

_____, "El Hospital de Maternidad e infancia, 1861-1905. Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México", Tesis maestría en Historia Moderna y Contemporánea, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2007.

_____, "En el niño está el porvenir de la patria. La institucionalización de la atención médica infantil, ciudad de México 1920-1943", Tesis doctoral, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2010.

Alanís y Salinas, "Juicio crítico sobre los recursos modernos de la obstetricia en el parto normal" en *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 2, 1957, p. 129.

S.a, "Anestesia raquídea y epidural", Medline Plus, <<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007413.htm>> [Consulta: 20 de abril de 2023].

Armas, Natalidad institucional, *Salud Pública de México*, núm.3, mayo-junio, 1975, p. 377

Arrom, Silvia Marina, "Historia de la mujer y de la familia latinoamericanas" en *Historia Mexicana*, Vol. 42, N°. 2, 1992, pp. 379-418.

- Banco Mundial, "Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)",2020.
<<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=MX>> [Consulta: 18 de marzo de 2023].
- Barrera López, Begoña y María Sierra Alonso, "Historia de las emociones": ¿qué cuentan los afectos del pasado? en *Historia y Memoria*, Núm. Especial, 2020, pp. 103-142.
- Bayardo Rodríguez, Lilia Esthela, "*Entre el lujo, el deseo y la necesidad*": historia del gasto familiar y del consumo moderno en la Ciudad de México, 1909-1970, México, El Colegio de Jalisco, 2018.
- Blancarte, Roberto, *Historia de la Iglesia católica en México 1929-1982*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Bourdieu, Pierre, "Los ritos como actos de institución" en Julian Pitt-Rivers, J. G. Peristiany (eds.) *Honor y gracia*, Madrid, Alianza Universidad, 1993.
- Bulter, Judith, "Actos corporales subversivos" *El género en disputa*. El feminismo y la subversión de la identidad, México, Paidós, 2001 pp. 113-172.
- _____, *Cuerpos que importan*. Sobre los límites discursivos del sexo, Buenos Aires, Paidós, 2022.
- Camposortega Cruz, Sergio, "La evolución de la mortalidad en México, 1940-1980" en *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 4, núm. 2, 1989, pp. 229-264.
- Canclini García, Néstor, *Cultura Libre Culturas híbridas: Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, México, Grijalbo, 1989.
- Cárdenas de la Peña, Enrique, *Historia de la Academia Nacional de Medicina 1926-1964*, México, CONACYT/Intersistemas, 2014.
- Cardoso González, Tania Elizabeth, "Una manera moderna de practicar la modernidad: guarderías y madres trabajadoras en la Ciudad de México, 1917-1973", Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, 2016.

Castellanos, Rosario, "La abnegación: una virtud loca", en Debate Feminista, septiembre, núm. 6, 1971.

Charro, "Lechuzas y buhos", s.f, <agüero/html/#:~:text=Se%20le%20atribuyeron%20caracter%3%ADsticas%20asociadas,popular%20y%20en%20la%20magia.&text=El%20b%3%B Aho%20y%20la%20lechuzas,escenas%20de%20ruina%20y%20desolaci%C3%B3n> [Consultado en línea el 20 de marzo de 2024].

Coral, Emilio, "La clase media mexicana: entre la tradición, la izquierda, el consumismo y la influencia cultural de Estados Unidos 1940-1970" en *Revista Historias*, núm. 63, 2006, pp.103-126.

Cogap, Hunplik Kur, s/f. <<https://www.cogap.de/wissen/humplik-kur/>> [Consultado en línea el 23 de mayo de 2024].

Cotonierto-Martínez, Ernesto, "Evolución de la Seguridad Social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional, 1900-2020" en *JONNPR*, vol.5, núm.7, 2020, pp.740-762.

Crespo Reyes, Sofía, "Continuidades y rupturas. La firma de Los Arreglos y la creación de la Unión Femenina Católica Mexicana (1929-1932)" en *Activismo Católico. Acuerdos de paz y Modus Vivendi en México*, México, UAM Xochimilco, 2020, pp. 143-168.

"Demerol", National Cancer Institute, <<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/demerol>>[Consulta: 20 de abril de 2023].

De Márquez, Viviane, "La política de planificación familiar en México", en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 46, núm. 2,1984, p.291.

Diario Oficial de la Federación, 1943, <<https://www.dof.gob.mx/index.php?year=1943&month=4&day=6#gsc.tab=0>> [Consultado:10 de enero 2020].

ELEM, "Emma Godoy", 2021. <<http://www.elem.mx/autor/datos/428>> [Consultado en línea el 12 de julio de 2024].

Fajardo Dueñas, Sergio, "Historia de la FEMECOG" en *Familia Médica*, año 8. No.45, septiembre-octubre, 2016, pp.4-54.

- Fajardo Ortiz, Guillermo, Rey Arturo Salcedo Álvarez, “Semblanza del México anterior a la creación del Hospital 20 de noviembre” en *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 16, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. S9-S19.
- Felitti, Karina, De la “mujer moderna” a la “mujer liberada”. Un análisis de la revista Claudia de México (1965-1977) en *Historia Mexicana*, vol.67, n.3, 2018, pp.1345-1393.
- _____, “Planificación familiar en la Argentina de las décadas 1960 y 1970: ¿un caso original en América Latina?” en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 27, núm. 1, 2012, pp. 153-188.
- Ferrer Arreola, Lorena Patricia, Francisco Javier Guerrero Carreño, Carolina Santa Ana Chávez, Iosellev Aragón Robles, “De la planificación familiar a la salud reproductiva” en Gilberto Tena Alaver, *Ginecología y obstetricia*, México, Alfil, 2013, pp.47-66.
- Foucault, Michel, *Historia de la sexualidad. La Voluntad de Saber*, Vol. 1., México, Siglo XXI Editores, 1977.
- _____, *Vigilar y Castigar. Nacimiento de una prisión*, Argentina, Siglo XXI Editores, 2009, p.2002.
- Fróis, J.P. “Largactil tablets: healing the soul” en *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2022, pp. 1-4.
- Fuentes, Pamela, “Entre reivindicaciones sexuales y reclamos de justicia económica: divisiones políticas e ideológicas durante la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer” en *Secuencia*, n.89, 2014, pp.163-192.
- García, “Bernardo”, 2017. <<https://www.centrolombardo.edu.mx/bernardo-j-gastelum/>> [Consultado en línea el 23 de marzo de 2024].
- S.e., “Garibi Rivera José”, 2024, <<https://www.jalisco.gob.mx/es/jalisco/jaliscienses/garibi-rivera-jose>> [Consultado en línea el 12 de junio de 2024].
- Garton, Stephen, *Histories of sexuality. Antiquity to Sexual Revolution*, Sydney, Routledge, 2004.

- Gómez Peralta, Héctor, “La Iglesia católica en México como institución de derecha”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, pp.63-78.
- Gómez de Lara, José Luis, “Entre El Miedo Y La Esperanza. Las Labores De Los Centros De rehabilitación Contra La parálisis Y Secuelas De Polio En México” en *Horizonte histórico*, núm 22, enero-junio, 2021, p. 48.
- González Romero, Martín Humberto, “La revolución sexual. Debates públicos de sexualidad, política y cultura en la ciudad de México, 1960-1984”, Tesis doctoral, México, El Colegio de México, 2021.
- Grose, Jessica, "Tradwife content", en *The New York Times*, 2024, <<https://www.nytimes.com/2024/05/15/opinion/tradwife-tiktok.html>> [Consulta: 31 de agosto de 2024.]
- Gudiño Bessone, Pablo, “Aborto, sexualidad y bioética en documentos y encíclicas vaticanas” en *Acta bioética*, vol.24, núm.1, 2018, pp.85-94.
- Guerra Manzo, Enrique, “La salvación de las almas”: Estado e Iglesia en la pugna por las masas, 1920-1940” en *Nueva Época*, año 20, núm. 55, 2007, pp.121-153.
- Gutiérrez, “Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936)” en *Revista Latinoamericana de Psicología*, núm. 3, 1999, pp. 557-558.
- Gutiérrez Flores, Sergio Arturo, “Estudio de las condiciones de la mujer en la Ciudad de México, en las décadas de 1950 –1980” Tesis de licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
- Gutiérrez Capulín, Reynaldo, Karen Yamile Díaz Otero, Rosa Patricia Román Reyes, “El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica” en *Ciencia ergo-sum*, vol. 23 núm. 3, noviembre- febrero, 2017, pp. 219-228.
- Gutmann, Matthew,” Planificar la exclusión de los hombres de la planificación familiar: un estudio de caso en México” en *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, año 1, núm.1, 2015, pp.54-75.
- Guzmán, “El control natal”, marzo, núm. 115, Año X, 1975, pp.14-15 y 120-121.

- INEGI, “Esperanza de vida”, 2020.
<<https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20la%20esperanza%20de,2019%20es%20de%2075%20a%C3%B1os>>[Consulta: 15 de mayo 2019.]
- _____, “Precios promedio al mayoreo en la ciudad de México, Cuadro 18.2, 2015, s/p. < <https://www.inegi.org.mx/app/preciospromedio/?bs=18>> [Consultado 6 de enero 2023.]
- _____, “Salario mínimo general según entidad federativa y zona salarial”, Cuadro 6.3, 2009, s/p.
- “Inyección de oxitocina”, Medline Plus,
<<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682685-es.html>>
[Consulta: 21 de abril de 2023.]
- Iturriaga, José E., *La estructura social y cultural de México*. La sociología, economía y política nacional, México, Miguel Ángel Porrúa, 1951.
- Jaiven, Ana Lau, *Emergencia y trascendencia del neofeminismo*. Un fantasma recorre el siglo luchas feministas en México 1910-2010, México DF: UAM-X, CSH, Relaciones sociales; 2011.
- _____, “Lo personal es también político y el feminismo, ¿llegó para quedarse?” en *Mujeres y constitución: de Hermila Galindo a Griselda Álvarez*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, Secretaría de Cultura, 2019.
- Lamas, Marta, “Rosario Castellanos, feminista a partir de sus propias palabras” en *LiminaR*, vol.15, n.2, 2017, pp.35-47
- Lewis, Óscar, “México desde 1940”, en *Investigación económica*, vol. 18, núm. 70, 1958.
- Loeza, Soledad, “Clases medias y política en México”, México, El Colegio de México, 1988.

- López-Muñoz, Francisco, Ronaldo Ucha Udabe, Cecilio Alamo "The history of barbiturates a century after their clinical introduction" en *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, núm.4, 2005, pp.329-343.
- "Los derechos humanos de tercera generación", Instituto de Investigaciones Jurídicas/UNAM, s/f. pp. 103-104.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1531/10.pdf>
[Consultado en línea el 12 de abril de 2024].
- Maier, Elizabeth, *El mito de la madre*, México, El Colegio de la Frontera Norte (COLEF),1991.
- "Preeclampsia", Mayo Clinic, <<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>>[Consultado en línea el 18 de marzo de 2023].
- Maza, Pesqueira, Adriana "Hogar y maternidad en México. Entre el deber ser y la realidad cotidiana" en Martha Santillán Esqueda, Lucrecia Infante, Adriana Maza Pesqueira, *Lo personal es político. Las mujeres en la construcción del ámbito político México*, siglos XIX y XX, México, Nueva Alianza, 2016, pp.77-117.
- Meléndez Guzmán, Juan Rafael, "Antecedentes de la avicultura en México", s/f. <<https://bmeditores.mx/entorno-pecuario/antecedentes-de-la-avicultura-en-mexico-1551/>>[Consulta: 20 de febrero de 2023].
- Meza Huajuca, Ivonne, "La formación de los adolescentes mexicanos: esculpiendo ciudadanos para una nación moderna (1876-1934)", en *Historia Unicap*, vol. 5, núm. 9, 2019.
- Michaels, Paula A., "Childbirth pain and the soviet origins of the Lazame Method", en *The National Council for Eurasian and European Research*, 2007.
- Pérez Monfort, Ricardo, *Cien años de prevención y promoción de la Salud Pública en México 1910-2010*, México, Secretaría de Salud/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2010, 97-98.
- Muciño, "Las revistas comerciales Kena y Vanidades y la historia del feminismo en México entre 1975-1985", Tesis de maestría en Estudios de Género, México, El Colegio de México, 2018.

- Muñiz, Elsa, *Cuerpo, representación y poder. México en los albores de la reconstrucción nacional 1920-1934*, Universidad Autónoma Metropolitana/Miguel Ángel Porrúa, 2004.
- Muñiz, Elsa, "Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista", en *Sociedade e Estado*, 2014, p. 429.
- Romo Norquist, Violeta, "Señora: usted decide si se embaraza: mujeres capitalinas y planificación familiar en los años setenta". Tesis de maestría en Historia Moderna y Contemporánea, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2020.
- "Nota biográfica del doctor Luis Manuel López Santibáñez", 2003, <<http://www.facmed.unam.mx/gaceta/gaceta/ene252k3/nota.htm>> [Consultado en línea el 6 de marzo de 2023].
- "Nuestros presidentes", 2024 <https://www.amc.org.mx/acerca_de/quienes_somos/expresidentes> [Consultado en línea el 11 de julio de 2014].
- Ocampo, "Datos históricos y evolución de diversos procedimientos" en *Anestesia obstétrica*, 2008, p.27.
- Orozco-López, "El Estado tiene memoria", 2018. <<https://www.redalyc.org/journal/461/46158063003/html/>> [Consultado en línea el 15 de noviembre de 2023].
- Parmley y Adriani, "Saddle block anesthesia with nupercaine in obstetrics" en *American Journal of Obstetrics Gynecology*, Vol. 52, pp. 636-640.
- Paz-Calderón, "La construcción histórica del sujeto joven en México", 2018, pp. 14-22.
- Pérez Rosales, Laura, "Censura y Control. La Campaña de Moralización en los años cincuenta" en *Historia y Grafía*, núm.37. 2011.
- Porter, Susie, Lourdes Asiain, *De ángel del hogar a oficinista*, México, El Colegio de Michoacán, 2020.
- "Preeclampsia", *Mayo Clinic*, <<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>> [Consulta:18 de marzo de 2023.]

- Rabell, Cecilia Andrea, Marta Mier Terán Rocha, "El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980" en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 1, no.1, 1986, pp.39-72.
- Ramírez Bonilla, Laura Camila, "El radar moral de los cincuenta. La Comisión Nacional de Moralización del Ambiente frente a los medios de comunicación en México" en *Historia y gráfica*, núm. 51, julio-diciembre, 2018.
- Ramírez, Bonilla, Laura Camila, "Recristianizar para salvar, La Legión Mexicana de la Decencia como proyecto cultural en el modus vivendi" en *La construcción de las derechas mexicanas desde sus proyectos de cultura*, Vol. 25 Núm. 49, 2023, pp. 122-157.
- Reddy, William M., *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*, Duke University, North Carolina, 2004.
- Reggiani, Andrés, *Historia Mínima de la Eugenesia en América Latina*, El Colegio de México, 2019.
- "Reglamentos para censores de la L.M.D", en *Apreciaciones*, diciembre de 1940, pp.7-8.
- Rivas, Proceso de formación y participación del sujeto juvenil de izquierda, 2004, 287-299.
- Rocha Islas, Martha, "Cómo se enamoraban madres y abuelas de antaño. Cortejo y noviazgo en el siglo XX, 1900-1960", en *Historias de los jóvenes en México. Su presencia en el siglo XX*, México, SEP/IMJ/AGN, 2004, pp.173-205.
- Romo, "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX", 1998. Consultado en línea el 17 de octubre de 2023. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/#>
- Rose, Nikolas, *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*, La Plata, UNIPE, 2012, pp.36-37.
- Rosenwein, Barbara, *Generations of feeling: History of Emotions, 600-1700*, Reino Unido, Cambridge University Press, 2016.
- S.a., Quiénes somos, s/f. Consultado en línea el 22 de julio de 2024: <http://www.javerianas.net/>

- S.a., Pruneda, 2015. Consultado en línea el 15 de agosto de 2024:
http://www.ahunam.unam.mx/consultar_fcu?id=4.24
- San José, Biografía, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Consultado en línea el 25 de noviembre de 2023:
https://www.cervantesvirtual.com/portales/fray_luis_de_leon/autor_apunte/
- Sánchez-Bringas, “Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad”, 2009, p.239
- Sánchez-Mejorada Fernández Landero, María Cristina, *Rezagos de la modernidad: memorias de una ciudad presente*, México, UAM-Azcapotzalco, 2005.
- Santa y Erazo, “Modelo transnacional femenino”, en *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, julio-agosto-septiembre, núm. 4, 1982, p.45.
- Sarmiento Ocampo, Jaime, “Los multifamiliares en Ciudad de México: laboratorios urbanos y arquitectónicos”, en *Tercera época*, vol.14, núm. 28, 195-222.
- Staples, Anne, “El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico” en Julia Tuñón (compiladora) *Enjaular los cuerpos: normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México, 2008, pp. 185-226.
- Santillán Esqueda, Martha, *Delincuencia femenina en la Ciudad de México, 1940-1954*, México, Instituto Mora / Instituto Nacional de Ciencias Penales, 2017.
- _____, “Infanticidas en la ciudad de México (1940-1950), representación y realidad”, en Emilia Recéndez Guerrero, Norma Gutiérrez Hernández, Diana Arauz Mercado, Cirila Cervera Delgado (coords.) *Voces en ascenso. Investigaciones sobre mujeres y perspectiva de género*, Universidad Autónoma de Zacatecas, 2010, pp. 182-190.
- Santillán Esqueda, Martha, “Mujeres Non Sanctas. Prostitución y delitos sexuales: prácticas criminales en la ciudad de México, 1940-1950”, en *Historia social*, núm. 74, 2013, pp. 67-68.
- Silva, Sergio, *La teología de la liberación en América Latina*, Santiago de Chile, Facultad de Teología Pontificia/Universidad Católica de Chile, 2016, pp. 20-22.

- Sordo, "Mortalidad materna en la República Mexicana", *Gaceta Médica de México*, 1955, pp.61-65.
- Soto, Gabriela, "Let's Become Fewer: Soap Operas, Contraception, and Nationalizing the Mexican Family in an Overpopulated World", en *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*, vol. 4, 2007, pp.21-22.
- SEMARNAT, "Evolución de la población urbana y rural en México", 2009. <https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/compendio_2009/04_social/demografia_01.htm>. [Consulta: 15 mayo 2019].
- UNAM, Plan único de especializaciones médicas, 2009, <<http://www.sidep.fmposgrado.unam.mx:8080/NoBorrar/recursos/programas/medenfedocritico.pdf>> [Consulta: 11 enero 2020.]
- "Tendencias y cambios actuales en la condición y el papel de la mujer y el hombre", Naciones Unidas, Conferencia mundial del año internacional de la mujer, 25 de junio de 1975, pp.5-7.
- Torre, "Los laicos y el modus operandi de la Iglesia católica en México (1930-1990)"
- "Trabajo de parto y parto, cuidado de postparto", Mayo Clinic, <<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/episiotomy/art-20047282?p=1>> [Consulta: 21 de abril de 2023.]
- Tuñón, Julia, *Mujeres de luz y sombra en el cine mexicano. La construcción de una imagen, 1939-1952*, México, El Colegio de México, 1998.
- Urbina, "Investigación psicosocial y de servicios sobre planificación familiar en México", *Salud Pública de México*, núm.4, jul-ago, 1985, pp. 266-267.
- Urías, "Legalización del aborto", p.147.
- Urrutia, Manuel, "Datos cronológicos para la Historia de la Asociación" en *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol.81, 1950, pp.674-676.
- Vázquez Benítez, Efraín, "Nota biográfica del doctor Luis Manuel López Santibáñez en Gaceta Facultad de Medicina UNAM, 2003. <http://www.facmed.unam.mx/_gaceta/gaceta/ene252k3/nota.htm> [Consulta:6 de marzo de 2023.]

Vivero Marín, Elizabeth Cándida, “El oficio de escribir: la profesionalización de las escritoras mexicanas (1850-1980)”, en *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, núm. 24, 2006, pp. 194-198

Yanes, Emma, “Los cuarenta: seductora ciudad” en *Historias*, núm.27, 1992, pp.171-178.

