

LA ATENCIÓN A LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO. UNA PROPUESTA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

LOURDES PÉREZ ROSILES
Y
MARÍA LUZ MÁRQUEZ BARRADAS*
Universidad Veracruzana, México

ABSTRACT

One of the main challenges of the health team is, undoubtedly, to improve the attention's quality offered to women that go through reproductive process; however, the improving of medical techniques is not enough. From a psychological point of view, during such process women confront their own cognitive and emotional schemes, as well the ones pertaining the health personnel; in fact, a power relationship is established, where women play the role acquired through educational, social, and cultural processes, characterized by an almost complete obeying and submissive attitude. This paper proposes a non-formal strategy oriented to the comprehension of such reproductive process, the conflict's and contradictions venting in their partnership and familial lives, and the preparation to facing the childbirth with lesser effort and better emotional disposition. This design is made departing from two important aspects: the observation of similar women during childbirth, and the elements involved in their reproductive history. Thus, this study is centered in an interpretative and genre framework to analyze the collected information.

Key words: Sexual and reproductive health, women's health attention, psychology of the reproductive process.

RESUMEN

Uno de los grandes retos del equipo de salud, es sin duda, mejorar la calidad de la atención que se ofrece a las mujeres que cursan por algún momento del proceso reproductivo. Sin embargo, no es

Continúa *β*

* Correspondencia: LOURDES PÉREZ ROSILES, Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.

Continuación B

suficiente mejorar la técnica médica. Por el contrario, desde un punto de vista psicológico, durante el proceso mencionado, las mujeres confrontan sus propios esquemas cognitivos y emocionales y los del personal de salud, y de hecho se establece una relación de poder, donde ella juega el papel que ha adquirido mediante procesos educativos, sociales y culturales, el cual está caracterizado por una actitud de silencio y obediencia casi absoluta. El presente trabajo propone una estrategia de educación no formal, para colaborar en la atención integral a la embarazada que le permita, comprender su proceso, ventilar sus conflictos y contradicciones en su vida de pareja y de familia, y prepararse para enfrentar su parto, con menor esfuerzo y mejor disposición emocional. El diseño se hace a partir de dos aspectos importantes, la observación de la actuación de mujeres similares durante el parto y los elementos que conforman su historia reproductiva. Así el estudio se ubica en la perspectiva interpretativa y de género para el análisis de la información.

Palabras clave: salud reproductiva y sexual, atención a la salud de la mujer, psicología del proceso reproductivo.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son etapas en la vida de las mujeres, cuyo sentido se conforma con las historias individuales, junto con la opinión de los familiares, las tradiciones, la información proporcionada por diversos actores sociales, desde madres, suegras, hasta las enfermeras, doctores y demás, lo que hace que buena parte del proceso reproductivo sea multideterminado y con alto grado de complejidad como fenómeno.

Lo individual y lo colectivo atraviesan la constitución de la autonomía y afirmatividad de la mujer para participar consciente y autónomamente en las condiciones de su reproducción y en el ejercicio de su sexualidad placentera y sin riesgos, pero ciertamente la mayoría de las mujeres se encuentra en condiciones de desventaja y subordinación social, cultural y psicológica para lograrlo. En dichas condiciones ocurre el proceso reproductivo, cuyas manifestaciones, problemáticas o no, se expresan desde una condición de género (Sánchez y Díaz-Loving, 1996).

En el discurso occidental dominante la maternidad es el núcleo de la identidad femenina, pero su valor es ambivalente, ya que al mismo tiempo que se fortalece la expectativa cultural de “ser mujer es ser madre”, se observa una devaluación de la madre

- mujer, sobre la que se sustenta la subordinación femenina (González de Chávez, 1996).

Para la mujer, el embarazo no es sinónimo de “proceso reproductivo” ya que su percepción subjetiva frente al hecho, es de un evento crítico en su ciclo vital; es decir, un período de crisis, en el cual lo “natural” y “normal” que escucha del discurso médico (Woollett y Marshall, 1997), no concuerda con su apreciación de angustia y conflicto por el resultado. La mujer le confiere un significado en donde las emociones se mezclan y puede ser un proceso que se espera con ilusión, amor, alegría, pero que fácilmente se puede convertir en una pesadilla que se vive con dolor y sufrimiento y que incluso puede llevar a la muerte.

Entre los riesgos que se establecen desde la óptica del sector salud, se mencionan frecuentemente, los embarazos frecuentes con poco espacio entre ellos, el embarazo en edades extremas y la desnutrición materna (OPS, 1994), pero no se consideran como riesgosas, las condiciones psicosociales como el estrés cuya expresión emocional puede ser efecto y causa de buena parte de los padecimientos. Así, las fantasías terroríficas en forma de sueños o pensamientos recurrentes alrededor del parto y la misma depresión posparto, pueden ser señales de la alteración emocional por la que atraviesa la mujer embarazada, independiente-

mente de que las explicaciones teóricas al respecto sean variadas. Tampoco se considera riesgo las relaciones con los otros, incluyendo a su pareja, en donde se ha encontrado que factores como enojo-frustración y afecto-altruismo tienen que ver con la edad de los participantes y el tiempo de convivir juntos (Tena-Suck y cols. 1994).

También el encargo de otros, a su cuidado y atención, se asume como parte del papel de género; así, la mujer cuida de la salud y educación de los miembros de su familia, y para atender su propia salud se ubica al final, después de los hijos, marido y padres, a pesar de que, paradójicamente, el sector femenino presenta mayor morbilidad que el masculino (Debert-Ribeiro, 1993) mas no hay que olvidar que en dicho registro se incluyen las consultas de salud reproductiva.

El proceso del embarazo —sobre todo en las primigestas— desencadena una regresión hacia fases del desarrollo psicosexual previas, en las que las fantasías o recuerdos de su infancia, de la relación con su madre, del impacto de su primera menstruación o de sus relaciones sexuales transforman su orientación de la libido y sus “relaciones vinculares con el objeto de tipo simbiótico” (Lartigue y Vives, 1994). Así, la mujer requiere y pide atención porque pasa por un proceso vital relacionado con la estructuración de su identidad femenina: el embarazo, el parto y la maternidad.

La consulta con el médico es la ocasión para expresar la necesidad de ser escuchada, expresión que se mezcla con la serie de quejas sobre sus padecimientos físicos ya que el personal de salud le demanda datos objetivos y precisos y en dichas condiciones, la actuación de la mujer se caracteriza por la represión de sus sentimientos, pensa-

mientos y capacidad para decidir (Márquez Barradas, 1997).

Si a lo anterior se añaden las condiciones psicosociales injustas en las que la mayoría de las mujeres se embaraza en nuestro país (por ejemplo, en la adolescencia, por medio de la violencia, sin un deseo explícito, de manera accidental o con problemas en su relación de pareja, etcétera), entonces se entiende que la mujer enfrenta una fuerte crisis¹ personal de la cual puede salir fortalecida o debilitada; puede madurar o retroceder en su desarrollo humano, pero en cualquier caso las condiciones mencionadas caracterizan su bienestar psicológico.

Ahora bien, la relación que se establece entre el personal de salud y las mujeres puede predecir que el resultado sea calificado como un buen embarazo y parto, o por lo contrario, como lleno de complicaciones². Finalmente, el estilo de relación refleja en parte la formación del personal de salud, el que enfrenta el embarazo, parto y puerperio con las herramientas que le brinda su formación altamente tecnificada, con su representación desde el sistema sexo - género³ y con una actitud basada en el poder de poseer el conocimiento científico, en contraste las mujeres enfrentan el mismo evento, con sus saberes y creencias construidas a partir de su educación informal. En suma se produce un desencuentro ante un fenómeno vital, cuyos resultados pueden implicar riesgos⁴ para la salud de cualquiera de los actores involucrados.

ANTECEDENTES

A pesar de los grandes avances científicos en materia de salud, el sector de la población integrado por las mujeres y niños, continúa recibiendo un tipo

1 Estado temporal de trastorno y desorganización (Slaikou, 1988).

2 “En América Latina y el Caribe, el riesgo de que una mujer muera por complicaciones relacionadas con el embarazo es de uno entre 130, mientras que en América del Norte es de uno entre 3.700” (Alleyne, 1998).

3 Según Lamas (1996), “sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino y esto por lo general, no en un plan de igualdad sino en un orden jerárquico”.

4 Un ejemplo es la imposición de procedimientos que atentan con el proceso natural del parto, la posición de decúbito y el uso excesivo de instrumentos y aparatos para darle seguimiento a aquél (Mora y Yunes, 1993).

de atención a la salud, afectado no sólo por la crisis económica, sino por las implicaciones de una creciente “tecnificación” y deshumanización en la atención.

En relación a la salud reproductiva, las deficiencias o baja calidad del servicio, no sólo puede generar problemas de salud física, personales o psicológicos, si pensamos en la atención a un aborto inconcluso, una esterilización definitiva sin “consentimiento informado”, etc., sino que incluso atenta en contra de los derechos humanos de las usuarias (Figuroa, 1991). En el propio programa de Reforma del sector salud (1995-200) se plantea que los usuarios reciben un servicio con calidad “significativamente inferior a la que sería capaz de proveer el sistema”.

La atención a embarazadas y parturientas, inmersa en la realidad antes citada, proporciona un espacio apropiado para investigar acerca de los estilos que adopta la relación médico paciente, de las formas como cada actor se comporta, de las valoraciones e interpretaciones que hace. Y justamente, de una serie de observaciones sobre el comportamiento del personal de salud y las mujeres en una sala de parto (Pérez Rosiles y Márquez Barradas, 1996) se derivaron dos conclusiones tentativas: La primera, que el comportamiento del personal de salud, especialmente masculino, se rige (en buena parte) por su conocimiento técnico sobre la reproducción, pero subyace a él su condición de género, lo cual se muestra en sus actitudes sexistas, sobre la mujer en general y en particular, en su condición de embarazada. La segunda, que las mujeres se depositan en las manos del personal de salud con plena confianza en sus habilidades y conocimientos al punto de inhibir sus propios saberes, negándose, incluso, la posibilidad de expresar su dolor o malestar y resignándose a las decisiones del profesional que la atiende. Estas dos conclusiones, dan pie para la presente propuesta, ya que se consideran aspectos que trascienden la relación clínico médica, para ubicarse en el campo de la subjetividad, es decir, de la relación humana.

Y justo para estudiar e intervenir en el proceso humano de la salud es que la psicología aporta sus herramientas teórico-metodológicas sobre el comportamiento humano en sus diversas manifestaciones de conducta, emoción y cognición. Desde la perspectiva de la psicología de la salud, ésta última se visualiza con un sentido amplio, en términos de la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud⁵, en donde la inclusión de los aspectos sociales y psicológicos, resultan igualmente relevantes que los biológicos.

Así, de la idea de un ser humano desamparado y expuesto a las fuerzas de la naturaleza se ha llegado a la concepción de un ser humano social y con posibilidades de transformar su ambiente de tal manera que cada vez se acepta con menos discusión que hay factores psicológicos —como el estilo de vida, las actitudes, los valores y las creencias— que juegan un papel importante en la determinación de su salud y su enfermedad.

En el mismo sentido la psicología de la salud impulsa por un lado la participación de las y los psicólogos en los servicios de salud para promover una atención a la salud que tome en cuenta a la persona como ser integral y que particularmente se tomen en cuenta los saberes de las usuarias, y por otro el diseño de programas de prevención y reeducación que favorezcan el auto-cuidado y las prácticas saludables en la población (Diekstra, 1991). De tal suerte que psicología de la salud y educación se combinan para lograr una mejoría en la calidad de la atención a la salud.

Partiendo del concepto de salud mencionado antes, es necesario, explicitar aquí el de educación. Tradicionalmente, la idea de educación refiere a un espacio y un tiempo determinados; sin embargo, como precisa La Belle (1980), la educación puede diferenciarse por su intencionalidad y temporalidad; en consecuencia, nos habla de tres tipos: la educación formal, la informal y la no formal. La educación *formal* es la escolarizada; la *informal* es la que ocurre en el seno familiar, y la *no formal* es

5 “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (San Martín, 1981).

aquella que se estructura fuera del sistema educativo formal con la finalidad deliberada de proporcionar experiencias de aprendizaje para grupos específicos, opción en la que se inscribe la educación para la salud.

Ahora bien, existe una reconocida relación histórica y analítica entre salud y educación; la educación formal se refiere como uno de los factores que contribuye de manera determinante en el comportamiento de los individuos; tal es el caso de la fecundidad⁶. Y también se sabe que, pese a que las personas tengan un alto nivel de escolaridad, cuando se trata de una tarea de reeducación, el proporcionarles información no es suficiente para llegar a un cambio de hábitos⁷.

La educación formal, en el mejor de los casos refuerza el conocimiento familiar, pero agrega un discurso diferente sobre la sexualidad y reproducción, en ocasiones no sólo contradictorio sino con un sentido de descalificación para los saberes y creencias culturales de las mujeres. Se produce un conflicto en el que se confronta la educación familiar y la escolarizada, por ejemplo, la asistencia con comadronas no se ve mal siempre y cuando no haya realmente cerca de la mujer un centro de salud con personal médico.

La educación informal que se brinda en el seno familiar sobre la reproducción y el parto de las mujeres, tiene una connotación, desde la perspectiva de género ambivalente, ya que por un lado, se percibe como un mandato social, incluso de fatalidad (Riquer, 1997) y por otro se espera que individualmente se ajuste a un “modelo de buena madre”, por ejemplo que “coma bien, que descansa y hasta que le confeccione alguna prenda al ser que espe-

ra”, independientemente de sus condiciones materiales de supervivencia.

En resumen, el problema de la atención a la salud de las mujeres embarazadas contiene cuando menos cuatro supuestos:

1. La calidad de la atención en los servicios de salud no sólo se ha deteriorado, sino que al ser parcial, puede constituirse en un factor de riesgo para la salud de las usuarias.
2. El personal que atiende a las mujeres embarazadas, no consideran el conflicto o crisis afectiva que experimenta la mujer, mucho menos la especificidad de género para hablar de una atención integral a la salud.
3. Los programas de educación para la salud perinatal requieren diseñarse con la participación de las mujeres y en términos de sus saberes y la percepción⁸ que tienen sobre su proceso reproductivo en razón de su género.
4. La educación tradicional de las mujeres, prescribe formas de comportamiento que son un factor de riesgo para su salud, en tanto le exige actitudes de sumisión y obediencia en detrimento de su propio sentir, pensar o creer.

La presente propuesta sostiene que las mujeres tienen su propia expectativa de lo que va a suceder durante su parto, culturalmente cuentan con recursos para enfrentarlo y su participación activa en el proceso les proporciona mayor seguridad. Lo que lleva a ubicar este trabajo en el marco de un paradigma en construcción para la atención prenatal denominado “paradigma participativo integral”⁹,

6 El porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ha dado a luz aumenta a medida que se reduce su grado de escolaridad (OPS, 1998).

7 El estilo tradicional de educar tiende a privilegiar la “donación” de conocimientos, basándose en el supuesto de que la sola adquisición de conocimientos conlleva una transformación comportamental (Miranda, 1978).

8 Desde el punto de vista cognitivo, las emociones y conductas de las personas se ven influidas por la percepción de los eventos (Beck, 1995).

9 Según Stolkiner (1987), son tres los paradigmas en atención a la salud: el liberal, el tecnocrático-normativo y el participante integral.

cuyo eje central es el carácter protagónico de la población para lograr su bienestar integral.

OBJETIVO

Proponer y evaluar un programa de educación no formal para las mujeres embarazadas, cuyos ejes centrales son la reflexión y el análisis sobre los aspectos críticos de su momento vital a fin de lograr un bienestar psicológico.

PARTICIPANTES Y METODOLOGÍA

Las 24 mujeres que participaron fueron voluntarias a las que se les pidió su colaboración previa explicación de la propuesta. El programa se elaboró sobre la base de información cuantitativa y cualitativa, obtenida a través de entrevistas individuales (con guía elaborada *ex profeso*) y algunas escalas y cuestionarios que más adelante se especifican.

Se realizó en un módulo de asistencia social¹⁰, y consta de dos fases, en la primera se hicieron las entrevistas a las embarazadas y en la segunda se llevó a cabo el programa propiamente dicho en forma de taller. Las entrevistas, se hicieron con una guía semiestructurada cuyos temas fueron: su historia reproductiva y sexual, el aspecto emocional y físico en relación a su embarazo actual, la relación de pareja, y su condición económica y social. Junto con las entrevistas se aplicaron: un cuestionario general de salud (CGS) de Goldberg (1987), la escala de las caras de satisfacción de vida (SV) Andrews (1987) y un cuestionario de apoyo social de (AS) Sarason (1987). Las entrevistas se hicieron a todas las mujeres que asistían a la consulta en ese módulo, sin que fuera requisito que participaran en el taller. Ahora bien, los criterios de inclusión

fueron; que aceptaran participar en el estudio y que llevaran control médico de su embarazo en el módulo mencionado.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS

De las 24 mujeres entrevistadas, un 29% tenía entre 15 y 19 años, el 25% entre 25 y 29 años, el 21% entre 20 y 24 años y 30 y 34 años respectivamente, y sólo un 4% entre 40 y 44 años. De ellas eran analfabetas un 13%, con estudios de primaria un 38%, con secundaria un 41%, y con estudios de preparatoria sólo un 8%. En relación a su ocupación el 83% estaban dedicadas a su hogar, un 9% eran empleadas domésticas y el resto 8% eran empleadas en comercios varios. Con respecto a su estado civil el 87% vivían en unión libre, es decir, contaban con una pareja estable, y al momento de la entrevista en porcentajes iguales de 29% estaban en su primer y segundo embarazo y el 17% cursaba su tercer embarazo y el 25% restante estaba en el cuarto y más.

Con respecto a los cuestionarios, los resultados muestran la siguiente información. En cuanto al cuestionario CGS de Goldberg, para efectos de este trabajo sus reactivos fueron agrupados en cinco categorías de análisis¹¹, a saber: 1) trastornos del sueño donde se ubicó el 21% de las mujeres, 2) baja autoestima donde cayeron el 20%, 3) inseguridad donde tenemos el 18%. 4) depresión con un 22% y 5) estado de buena salud tan sólo un 19%. En este último fueron ubicadas todas aquellas mujeres que marcaron 1 ó 0 en los reactivos anteriores.

El cuestionario de las caras de SV, contiene seis áreas: embarazo, pareja, hijos, amistad, situación económica y ocupación. La respuesta que se re-

¹⁰ Los módulos son del DIF municipal y están ubicados en las colonias de la periferia de la ciudad. La asistencia a las consultas prenatales tiene la ventaja de que el costo de los partos disminuye gracias a un convenio entre el DIF y las instituciones hospitalarias dependientes de la Secretaría de Salud.

¹¹ Este cuestionario se utiliza para hacer una clasificación como caso o no caso psiquiátrico, pero para los fines del presente trabajo se usó tan sólo para detectar el tipo de problemática de salud que las embarazadas referían. En la categoría de Buena salud se ubicó a las mujeres que puntuaron todo el cuestionario en la opción de respuesta de 0 ó 1, y las mujeres que puntuaron con 2 y 3 fueron ubicadas en las otras categorías.

quiere es simple, elegir una de seis imágenes que ilustran sentimientos, desde satisfacción hasta insatisfacción, es un ejercicio de reflexión respecto del grado de satisfacción que cada uno de estos factores produce en el momento a las mujeres, así, se encontró que las mujeres se sienten muy bien con su embarazo (74%), con sus hijos (65%) y con su ocupación de ama de casa (70%), en menor medida con su pareja (57%), el factor que mayor insatisfacción produce es el económico (30%).

En cuanto al apoyo social, el instrumento utilizado incluye dos tipos de información; la de tipo cuantitativo que consiste en contabilizar el número de fuentes de apoyo con que cuentan las mujeres, y la segunda que es una apreciación subjetiva respecto de su grado de complacencia con esas fuentes. Los resultados muestran que el 33% de estas mujeres cuentan con 6 personas y más, con un porcentaje de 21%, están las que cuentan con 2, 3 y 4 personas respectivamente. En este rubro se incluyen las gentes que ellas reconocen como sus fuentes de apoyo, no importa si están físicamente cerca de ellas o no. Las personas referidas como la principal fuente de apoyo, son los padres, en un 28% de los casos, la pareja con un 18% y el porcentaje restante se distribuye entre los demás parientes; hermanas, tíos, primas, suegra, etc. Su juicio respecto de estas fuentes de apoyo es, que en el 74% de los casos se sienten satisfechas de contar con ellas, y en un 26% se sienten poco o nada satisfechas con sus fuentes de apoyo.

Información de las entrevistas

De su historia reproductiva y sexual, se indagó acerca de la menstruación, su primera relación de noviazgo, y su primer embarazo. Con respecto a la menstruación, la que se presenta entre los 11 y los 17 años, resulta que este es un hecho esperado, y así lo dicen “*ya lo esperaba, estaba hasta preocupada porque no me llegaba*”. Contar con hermanas mayores es una ventaja ya que ellas fungen como informantes respecto de temas como este. En menor medida sus amigas asumen este papel, lo que si es cierto es que las primeras tienen mayor credibilidad. El inicio de la menstruación juega dos pape-

les en apariencia contradictorios, por un lado marca el final de la infancia, lo que significa separarse de algunas amigas y amigos, por ser más pequeños o por ser hombres y dejar de hacer algunas actividades, como juegos, que ya no son propios de su nuevo estatus, es decir, la pérdida. Pero por otro lado, también significa la incorporación a un nuevo modo de ser que tiene que ver con la confirmación de la mujer como persona, que cada vez se acerca más a ser un adulto, la lleva, sin duda a formar parte de otro grupo de gentes con otros comportamientos y otras expectativas de vida, esto es la ganancia. Sin embargo, hay cierto temor, de pronto cuando el sangrado se presenta, asalta el temor de que algo malo se hizo, de que se es merecedora de una reprimenda; “*me espanté mucho, yo no sabía nada, mi mamá no hablaba sobre eso, luego se lo conté a mi abuelita y ella me explicó y me dijo que no me espantara que era normal*”, de modo que hubo que conservar en secreto su aparición, para después hablarlo con su madre o hermanas.

De su primera relación de noviazgo, dicen “*es lo más bonito*”, este hecho está rodeado de ilusiones, con la distancia del tiempo, se recuerda como algo irreplicable, se cuenta entre risas, a veces con un poco de pena y nostalgia “*creía que nos íbamos a casar, no sé ni porqué*”. Esta experiencia, al inicio es un secreto, para luego ser compartida con hermanas, madres y amigas.

Lo mismo sucedió con el inicio de su vida sexual activa, así, de su primera relación sexual, hay una impresión más bien desagradable, esto porque definitivamente no coincide con la expectativa romántica y placentera, sobre todo porque hay dolor, el cual es acompañado por un sentimiento de desilusión. Esto no se comenta con nadie, por lo menos no directamente, cuando se hace (con la madre o hermana) ya ha pasado mucho tiempo, “*No, con nadie, sólo a mi hermana, es más chica, y le contaba cómo era eso, pero no le decía que a mí ya me había pasado*”. En todo caso, ellas reconocen que esta experiencia se llevó a cabo porque estaban enamoradas de sus parejas, es decir, fue un acto de amor.

Su primer embarazo —el que por lo general ocurre alrededor de los 16 años— cuando es pla-

neado responde a una necesidad claramente percibida *“me sentía quedada, quería tener por quién luchar en la vida”*. Pero, las mas de las veces este embarazo es accidental, y entonces viene una actitud de resignación *“yo no lo quería tener... pero mi esposo dijo que sí”*. La sorpresa antecede a la toma de decisión, por ejemplo: *“yo no sabía que estaba embarazada, le pregunté a mi suegra qué me pasaba y ella me lo dijo”*. El embarazo es comentado con las mujeres mayores, por lo que aquí (y a lo largo de todo el embarazo) juegan un papel determinante la madre y la suegra.

Respecto de la pareja actual, estas mujeres dicen haberse unido enamoradas, las cualidades admiradas en las parejas refieren a: que era muy cariñoso, compartido, paciente, serio, tímido, o responsable, trabajador, cumplido. Es de notarse que la mención de estos atributos no se dan juntos, es decir, se dice que es cariñoso, mas no que sea responsable. Así, por ejemplo una de ellas dice *“...me quedé impresionada con él, su manera de ser, serio, callado, reservado...”* y en contraparte, *“me gustó que es trabajador y responsable, y ahora ya nos llevamos bien pero antes era malo, tomaba y me pegaba, ahora ya menos...”*. Las uniones, para las mujeres están cargadas de emociones y de ilusiones, ya que incluso hay casos en los que se le ve como una mejor opción de vida.

El embarazo actual vino a significar un rompimiento; en algunos casos, porque se sintieron abandonadas; porque para ellas, el período del embarazo debería traerles ganancias secundarias del estilo de mayores cuidados, ciertas atenciones, compañía, etc. *“esperaba que mi pareja me chiqueara un poco... que me apapachara”*, o *“pensaba que iba a trabajar menos que antes, pero no, sigue siendo lo mismo, o más”*. En otros casos (los menos), fueron definitivamente abandonadas, *“desde que le dije del embarazo, no lo he vuelto a ver, aunque me parecía que le emocionaba esto”*. Así, esta etapa es vivida con un componente de desilusión, respecto de la pareja, pero también con ellas mismas.

Pese a lo anterior, su embarazo —según dijeron al momento de la entrevista— les produce una gran emoción, *“sí, me siento contenta, antes seguido me*

sentía triste, pero ahora ya no”. Pero al mismo tiempo se sienten tristes y resignadas, *“al principio me asusté, lloraba por cualquier cosa, ahora ya no, me encomiendo a Dios”*.

Sienten miedo ante tres situaciones: Uno; que el producto nazca mal, sea prematuro o muera. Dos: a que se complique el parto. Tres; al dolor del parto, al respecto ellas se saben muchas historias, tantas como el número de mujeres con las que platican acerca de su embarazo y parto, pero sobre todas ellas, gana en credibilidad la versión de su madre, su suegra, su hermana o su amiga. En el primer punto se incluyen los aspectos relacionados con el sistema de creencias al respecto, por ejemplo, alguien que no se amarró su cinta roja en la cintura como le habían dicho, y tal vez eso se manifieste en alguna enfermedad de su bebé.

Además de miedo, su embarazo les genera grandes y constantes preocupaciones: dónde dejar a sus hijos cuando den a luz, la ausencia de su pareja, el costo de su parto, pero sobre todo perder la figura. En relación a esto último, hacen un reconocimiento hacia los cambios físicos que han sufrido; se sienten gordas, manchadas y ojerosas, desarregladas y sin ganas para hacerlo, y desesperadas porque su ropa no les queda. En cambio, perciben su estado como la condición que les lleva a adquirir mayor sentido de la responsabilidad y grandes deseos de superación, entre otros.

Con respecto a su estado de ánimo, es muy variable: se sienten solas, tristes y con la sensibilidad a flor de piel. Su tristeza se debe sobre todo a que el embarazo las ha obligado a cambiar su rutina cotidiana, y eso significa que vínculos de amistad o parentesco se han deteriorado o inclusive se terminaron. En contraste, les produce una gran alegría pensar en su bebé, sentir que se mueve, acariciarlo, platicarle, ver cómo los demás también se emocionan, y algunos detalles de sus parejas. Se sienten altamente sensibles y sentimentales, *“a ratos siento que todo me da tristeza, me dicen que por todo chillo, hasta cuando me hacen una caricia”*. Especialmente les afecta cuando la pareja les dice algo en tono fuerte, o cuando él no se esfuerza por atender a los hijos. Los recuerdos también juegan

en este escenario, *“a veces me quedo sola en mi casa, y me acuerdo de cosas que mi mamá decía acerca de los hijos, hasta ahora entiendo, también pienso que yo no quiero ser como ella, que voy a tratarlo diferente, aunque todavía no sé cómo”*, y cuando esto sucede, hay un sentimiento de nostalgia y a veces de añoranza.

Relacionado con el punto anterior, se indagó acerca de las pérdidas y ganancias atribuidas a su embarazo: entre las primeras, está el cariño del resto de su familia y amistades, a veces porque se nota una inclinación hacia el bebé, a veces porque se han alejado, *“mi niña, está como huraña conmigo, porque antes yo siempre la estaba cargando y ahora le digo que lastima al bebé y ya mejor no quiere estar conmigo”*. En este sentido también dicen haber perdido confianza en sí mismas, debido a que sus actividades han cambiado sustancialmente, sobre todo en los casos en que la unión matrimonial y su embarazo son simultáneos, así, *“lo que pasa es que yo antes me arreglaba y me iba con mis amigas, al parque, a pasear, y pues, ahora ya no porque ya ni tengo ropa, con todo lo que me pongo me veo mal”*. Sin embargo, reconocen ganancias de su estado; sobre todo el bebé viene a significar compañía, las frases comunes son *“ya no voy a estar sola”, “ya tengo por quien luchar”, “ya tengo un motivo para superarme”*. Porque, finalmente, ser madre es dignificar su propia imagen, ante sí mismas y ante los demás; *“ser madre es lo máximo”, “tener un hijo es lo mejor que le puede pasar a una”, “un hijo es una bendición”*.

Del escenario psicosocial y de sus relaciones de género de las participantes, es importante destacar los aspectos que más tarde resultaron ser los ejes sobre los cuales verso la reflexión y el análisis en la propuesta de educación no formal. De dichos aspectos unos derivaron de sus 1) características sociales, otros de índole 2) psicológica y los últimos de las entrevistas sobre su 3) historia sexual y reproductiva.

1. En relación con la característica social, lo que se consideró principalmente es que para la mayoría de ellas su actividad cotidiana principal era el trabajo doméstico, hecho que hacía pensar en la rutina, complejidad y pesadez de la tarea, que tan sólo les permitía tener una opción de gratificación y en cuyas condiciones, se ha encontrado mayor presencia de problemas de salud, como la llamada “neurosis de la ama de casa” (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990). Otro aspecto es el hecho de que un tercio cuando menos, ya tenían un niño y su embarazo era el segundo o tercero, lo que le imprime un carácter diferente a la propia actividad doméstica, ya que como menciona Travis (1988) el sentirse continuamente confrontado por la demanda de otros, desear estar sola, pero al mismo tiempo tener sentimientos de soledad, se correlaciona con el número de niños en la casa y la edad de los más chicos, todo lo que lleva a experimentar depresión y para el caso de estas mujeres, era mayor riesgo por su condición de embarazadas.
2. Respecto a sus alteraciones psicológicas, aunque sin ser precisamente un diagnóstico sino una exploración que describe su sentir, el que presentaran problemas en el sueño, baja autoestima, inseguridad y depresión, tan sólo fue congruente con lo antes mencionado. Otro aspecto importante fue el resultado de su apreciación sobre su bienestar psicológico, que denotaba más que nada cumplir con la profecía, esto es, *“estoy embarazada y tengo que decir que estoy a gusto con el embarazo”*, ya que mencionaban sentirse satisfechas, con su embarazo, con sus hijos y con su ocupación de ama de casa, en menor medida con la pareja. Y por último, en este rubro, salta un aspecto potencial enorme, esto es, el apoyo social¹² ofrecido por su entorno familiar, en donde casi un tercio de ellas contaba con hasta 6 miembros que las apoyaban, y en menor medida, con dos, tres y hasta cuatro. La principal fuente de apoyo eran los padres, después la pareja y el resto de la familia.

¹² El apoyo social es uno de los recursos más estudiados para hacerle frente al estrés, un modelo habla del sentido amortiguador que tienen las relaciones sociales para los efectos negativos del estrés (Sheridan y Radmacher, 1992).

3. La historia reproductiva y sexual, contiene elementos presentes en la educación sexual tradicional, el ocultar información, sentirse apenada por descubrir su sexualidad, pero sobresale el hecho de no “sentir” tener el control de lo que les sucedió, incluyendo el embarazo, su relación de pareja idealizada y desilusionante, pero en todo caso una apreciación fatalista de su vida. También expresan sentir miedo, sobre todo al resultado de su embarazo y tratan de recuperar el equilibrio emocional, que ante cambios como el de su figura, la preocupación sobre los otros hijos, etc., lo pierden. En contraste con la idea de que con el nacimiento del hijo continuará su búsqueda de valorización a través de él, no aparece en ninguna parte de su entrevista, su lugar —en el marco de las relaciones de pareja y con la familia— como mujer, independiente, con posibilidad de tomar decisiones, informada y con derechos.

Con base en el análisis anterior se diseñó la propuesta “Promoción del bienestar psicológico durante el embarazo”. La carta descriptiva se presenta a continuación. Contiene cinco temas, tratados en seis sesiones de dos horas cada una. La primera sesión incluyó:

- Información sobre su estado de salud
- Dinámica de presentación
- Dinámica grupal
- Tema
- Conclusiones y cierre

La segunda, tercera y cuarta sesión incluyeron:

- Información sobre su estado de salud
- Dinámica grupal
- Conclusiones y cierre

Finalmente, la quinta y sexta sesión incluyeron:

- Información sobre su estado de salud
- Dinámica grupal
- Conclusiones y cierre
- Evaluación

Todos los temas incluyeron dinámicas vivenciales, en las que la principal herramienta de trabajo es la reflexión a partir de sus propias experiencias. Cada día, al inicio de las sesiones, se les preguntaba sobre su estado de salud en términos de las molestias más frecuentes, las que se dividieron en síntomas emocionales y físicos. En la Tabla 1 se muestran los síntomas recurrentes mencionados según sus propias palabras.

TABLA 1
*Síntomas recurrentes informados
por las participantes en las sesiones*

Síntomas emocionales	Síntomas físicos
Miedo	
Sueños desagradables y/o pesadillas	Dolor de pies
Preocupaciones	Alteración del sueño
Llanto constante	Ganas de orinar
Nostalgia	Dolor de estómago
Mal humor	Dolor de cadera
Melancolía	Dolor de cintura
Tristeza	Calambres
Recuerdo de personas muertas	Pies hinchados
Contenta	Sentirse bien
Feliz, alegre	

Los temas fueron: “Yo, la mujer”, “Eventos de mi sexualidad”, “Pareja: lo que es y lo que pensé que era”, “Mi bebé: preparando el nido” y, por último, “Yo madre, yo persona”.

Tema: yo, la mujer. En este tema se lleva a las participantes del reconocimiento de la biología de su cuerpo, pasando por los aspectos sociales en términos de su rol de género y la maternidad. Con la dinámica “Mi cuerpo”, primero mencionan tres cosas, cualidades o características propias de las mujeres, después sobre el dibujo del contorno del cuerpo de una mujer, pasan y eligen un lugar para cada característica. Posteriormente se lleva a la reflexión su participación, el porqué los papelitos están señalando áreas específicas de ese cuerpo.

Es interesante notar que las participantes destacaron como puntos importantes del cuerpo, el abdo-

men, el corazón (pecho) y las manos. Las partes del cuerpo que poco se reconocen son los pies, las caderas, y la cabeza. Su reflexión en relación a las partes del cuerpo fue en el sentido de que las mujeres “somos dadoras de vida, alimentamos, preparamos el alimento de los demás, y amamos por sobre todas las cosas a nuestros hijos”. Dicha expresión refiere la complejidad de la asociación significativa maternidad - mujer¹³. La participación verbal fue escasa al principio, por lo que había que invitarlas a hacerlo con preguntas directas sobre su manera de pensar como mujeres, y poco a poco se fueron “descubriendo” capaces de pensar, en sus palabras dijeron “porque las mujeres pensamos mucho para educar a los hijos, para distribuir el gasto, por ejemplo. Decidir, todo el tiempo estamos tomando decisiones ya sea para nuestros hijos, el hogar o para nosotras mismas. Organizar, porque distribuimos nuestro tiempo, las cosas de las casas y hasta el cariño hacia los demás. Educar, tenemos bajo nuestra responsabilidad la educación de los hijos, y aunque no nos “enseñen” sabemos qué hacer con ellos”. Dichas expresiones se pueden tomar como componentes emocionales, que realzan la autoestima, y que permitieron una identificación de apoyo social entre ellas.

Tema: eventos de mi sexualidad. Con la dinámica “recordando mi pasado” en condiciones de relajación, se les pidió que enfocaran su atención sobre tres eventos vitales: menstruación, primera relación sexual y primer embarazo. La reflexión sobre la menstruación la mencionan con cierto misterio, las madres o cualquier otra persona, no habla claramente de ella hasta que se les presenta y esto es motivo de pena y vergüenza. Se significa por señalar un cambio de vida, marcó el final de la niñez: “*me dio pena saber que ya no podría jugar como antes*”. Pero sobre todo porque a partir de este momento serían más “cuidadas por las mujeres mayores”, ya que “*Hay muchos hombres que sólo quieren embarazarla a una*”.

Con respecto a su primera relación sexual, sólo en un caso se recordó como algo agradable; “*él fue*

muy cariñoso y paciente como yo siempre había pensado que era”, las demás hablaron de dolor y temor. A partir de la reflexión concluyen que sus parejas no se ocuparon mucho de ellas, y acercan su conclusión a que se sintieron usadas. Y en este sentido, sus expectativas de lo que sería su primera relación no se cumplieron ni en una mínima parte. Con respecto a su primer embarazo, como en la mayoría de los casos fue una sorpresa, con miedo al saberlo y preocupación por la reacción de la familia. En esta sesión, hablaron mucho más, la reflexión se centró fundamentalmente en el papel de la madre como consejera, ya que dicen “ella cuando hablaba de “estas cosas”, no era romántica pero sí realista”, no le creyeron en el momento, para ahora darse cuenta que tenía razón. Así, hubo un reconocimiento a la madre como la mejor consejera.

Las mujeres al hablar sobre su sexualidad, fueron confrontadas con la educación tradicional que recibieron, en donde cobra relevancia la subordinación de la mujer y el control social que ejercieron sobre su sexualidad, al punto de estar ausente el placer y sustituirlo por el amor idealizado. Las figuras importantes en su entorno familiar para construir dicho significado son principalmente la madre y las hermanas mayores cuando las hay (CONAPO, 1982).

Tema: pareja, lo que es y lo que pensé que era. Se inició con la dinámica “Príncipes y hadas”, consiste en un cuento, colectivamente elaborado, la guía, inicia con una frase: “había una vez una princesa que...”, la continúa cada mujer y así, la última ha de cerrar el cuento, cada aportación se escribe en el pizarrón o en hojas. Llama la atención que en el cuento, cada vez que la princesa estaba feliz, invariablemente ocurría algo que acababa con esa emoción. Hablaron de una gran desilusión respecto de sus parejas; únicamente en dos o tres casos percibían que sus relaciones habían mejorado después de la unión, en el resto se habían deteriorado. Se sentían abandonadas y pensaban que ellos no hacían nada para mantener una buena relación de pareja. Mostraban una gran facilidad para señalar

¹³ El significado del embarazo o deseo de embarazo, es complejo y lleno de contradicciones, donde se devalúa lo femenino y se sobrevalora el rol procreativo y maternal (Villaseñor y Alfaro, 1996).

sus defectos, pero sólo con gran trabajo hallaban en ellos cualidades. A pesar de eso, reconocían que eran buenos padres porque se preocupaban por los hijos y trabajaban para que estuvieran lo mejor posible.

En este caso es notable la insatisfacción con la relación de pareja que manifiestan, al tiempo que refuerzan con su propia negación como personas, el valor de su pareja por ajustarse al rol masculino tradicional en términos de ser el proveedor¹⁴. Este hecho puede predecir que el niño que esperen se convierta en el medio para lograr desde estatus social hasta cercanía con su pareja.

Tema: mi bebé, preparando el nido. La dinámica de esta sesión consiste en dibujar como se imaginan a su bebé en ese momento. Hubo resistencia para el dibujo, con el argumento de que no sabían dibujar. Finalmente con un poco de esfuerzo lo lograron, aunque ellas no se dibujan a sí mismas, los dibujos, siempre muestran un bebé bien protegido. La dinámica fue muy bien realizada; el ejercicio de imaginar a su bebé les permitió manifestar incluso su miedo. Se establecieron asociaciones entre las experiencias de parto anteriores y el que estaba próximo, las mujeres con esa experiencia asumieron su papel y explicaron cómo les había ido, las primerizas les preguntaban cosas y ellas aclararon, recomendaron y aconsejaron.

Este fue el tema en el que todas tuvieron algo que decir; por ejemplo, el sexo del bebé, lo que habían platicado con su pareja, su gran preocupación porque todo saliera bien. Esta sesión fue la más larga, pues todas participaron con mucho entusiasmo. A diferencia de cuando hablan de sus parejas, y sobre todo de ellas mismas, si se trata del bebé, todas han pensado, sentido, imaginado, planeado, negado cosas. Las características socioculturales de las participantes hacen pensar que son mujeres que refuerzan el valor de ellas mismas con el hecho de ser madres, por mandato social y sin decidir voluntariamente al respecto.

Tema: yo madre, yo persona. Con esta dinámica se trabajó sobre la diferencia entre los gustos de la mujer y los de la madre. Se les pidió que escribieran dos listas, y luego reflexionaran en términos de cuáles podían cumplirse y cuáles no era posible, porque los papeles de mujer - madre se sobreponían. Implicó un considerable trabajo que hablaran de sí mismas o que pudieran bosquejar un proyecto de vida donde se reservaran un espacio para sí. Indudablemente, la prioridad eran sus hijos y el bebé que esperaban; así, su pensamiento era recurrente respecto del parto, de cómo sería éste y de las consecuencias que podría tener. Lo anterior las había llevado incluso a buscar ayuda, alguna información que disminuyera su temor y les proporcionara seguridad cuando ingresaran al hospital: habían recurrido para ello a su madre, suegra o amigas, pero ninguna mencionó al personal de salud. La necesidad de centrar la reflexión constantemente en que se trataba de ellas como mujeres y no de sus hijos, significa que mujeres como las participantes, tratan de ajustarse a las expectativas sobre su rol de madre, que durante el embarazo es altamente demandante por la familia principalmente, al punto de negarse una vez más como mujeres, así que la dolencia o malestar, se resignifica ya que el embarazo como experiencia corporal con fuerte significado social y cultural resiste la lectura que las mujeres le dan a su propio cuerpo embarazado (Woollett y Marshall, 1997).

En la sexta sesión, se llevó a cabo la evaluación, a partir de sus apreciaciones. Expresaron su satisfacción con el desarrollo del taller; dijeron que se sentían más seguras y convencidas de lo que debían hacer; que tratar sus problemas las había hecho reflexionar y pensar de un modo distinto sobre ellas y su vida.

También plantearon dudas concretas sobre el hospital, si era necesaria la anestesia y otras cosas semejantes. En este momento se les habló sobre el comportamiento del personal de salud y el derecho que les asistía de preguntar sobre lo que les iban a

¹⁴ Paula Nicolson (1996) dice las mujeres como consecuencia de las relaciones de poder, es más probable que acepten como una "realidad" la versión masculina patriarcal en sus vidas aunque experimenten y manifiesten respuestas contradictorias.

hacer, además, se hicieron demostraciones de cómo preparar sus pechos para amamantar, de cómo cuidarse durante el puerperio inmediato, y de los cuidados físicos y emocionales del bebé. Al final su participación era decidida y se habían formado lazos de solidaridad; habían ido juntas a visitar a las que ya habían parido, y hecho visitas al hospital donde pensaban ser atendidas; habían hablado con sus parejas acerca de los temas que les interesaban en relación a su situación y habían planeado su vida con el bebé.

DISCUSIÓN

El embarazo y alumbramiento se han transformado, y lo que antes era un evento que ocurría en el seno familiar con la colaboración y apoyo de sus miembros, ahora se tiende cada vez más no sólo a “medicalizarlo” sino a mecanizarlo (Langer, 1990), lo que ha llevado a aceptar la suposición de que las mujeres estarán mejor atendidas en los hospitales. Y así, uno de los retos del sector salud es impulsar que un número cada vez mayor de mujeres den a luz en las condiciones de un hospital y sean atendidas por su personal, lo que no siempre significa que se reciba la mejor atención, sino que en ocasiones es precisamente esta atención la que puede afectar la buena marcha del suceso.

Las mujeres del estudio cuentan con baja escolaridad, sus conocimientos acerca del proceso reproductivo los han adquirido a través de la educación informal en el seno familiar y social, acorde a las pautas tradicionales de género, en tanto sumisas, dependientes, subordinadas, lo que hace comprensible el hecho de “depositarse” en manos del personal de salud con poder, buscando ayuda y protección en este trance con tal pasividad y resignación. Para las mujeres, un parto atendido en el hospital es finalmente un evento que escapa de sus manos, y puede ser hasta trágico dado que, al asumirse ellas mismas con carencias en habilidades, conocimientos y demás para moverse en ese

espacio —cuya importancia está signada y validada por la formación profesional del médico—, contrasta con sus propios saberes, que en ese momento no son procedentes a la situación, están pasados de moda, son antiguos o nadie los califica como útiles para el caso.

Para las embarazadas, hasta cuando se trata de explorar su percepción sobre el embarazo y parto en condiciones de “aparente” igualdad (con mujeres) a través de dinámicas, resulta una tarea ardua: les cuesta trabajo descubrir ante ellas mismas el saber, las emociones, los sentimientos que están detrás de su embarazo; de hecho, pocas hablan de esto con su madre, hermanas o amigas, y menos aún con el compañero, a pesar de la referencia común de que él es el principal “apoyador” en su condición. Aquí parece que el elemento central para desarrollar un proceso de autoconocimiento es la contradicción entre la nula capacidad para expresar sentimientos propios, y la referencia casi obligada a consultar a otros sobre sus dudas, inseguridades, miedos, etc., lo que les lleva a vivir y resolver sus crisis de vida a través de los otros.

También resulta interesante la percepción que las mujeres tienen de su propio cuerpo. Ellas manejan una idea de su cuerpo como algo dividido; por un lado, su corazón¹⁵, sus manos y su vientre, es decir, aquellas partes asociadas con un significado especial para ellas; por otra, lo que consideran las características definitorias de ser como mujeres: sus sentimientos, su capacidad para el cuidado de los otros y su capacidad de procreación. Pero lo que es valioso resaltar, es que la cabeza, como órgano central de organización de la interacción con el mundo, y todo lo que implica en la representación cultural (pensar, recrear ideas) no está presente; por ello, pareciera que el fenómeno de la “mujer invisible” aquella que no se percibe o se ignora (Brown, 1988), tiene que ver con la expectativa cultural a la que se ajusta fielmente, realizando tan sólo funciones instrumentales: procrear y cuidar a los otros, pero sin posibilidades de pensar en su futuro o condición.

¹⁵ La mención del corazón es importante y coincide con Hernández (1998) en donde sólo las mujeres ubican al corazón como la parte del cuerpo que “siente”.

Cuando se inicia el proceso de reflexión, consistente en la autorrevelación de sus experiencias psicosexuales en la infancia y pubertad, entonces su actual condición de malestar o ambivalencia emocional es clara, y es sorprendente cómo van enlazando sus condiciones de vida con el malestar o bienestar psicológico que experimentan.

La representación social que han elaborado sobre la asociación de maternidad y feminidad es fuerte, tanto que les impide reconocer sus sentimientos de malestar hacia la maternidad o de franco rechazo inclusive, y hacen esfuerzos por ajustarse a la demanda social de casarse, embarazarse y criar hijos. La asociación se basa, fundamentalmente, en la elaboración de ilusiones alrededor de la maternidad y matrimonio: ser mujer es ser madre. Y ser madre es la máxima aspiración, pero dicho estatus, no es congruente con su vida de pareja, ya que ésta más bien está plagada de decepciones y frustraciones¹⁶; por ende, la ilusión contrasta absolutamente con su situación de vida concreta, la que la lleva a descartar sus propios deseos y aspiraciones.

La presente propuesta de educación no formal, en la modalidad de “taller” es el espacio para expresar sus emociones y sentimientos y resulta ser el complemento indispensable para lograr una salud integral, pues permite que se apropien de sus malestares físicos asignándoles un significado nuevo, y esta capacidad de expresión incluye los esfuerzos que hacen para conocer más acerca el proceso por el que atraviesan y generar nuevas

expectativas ante la nueva vida que van a dar a luz. A través de la reflexión y autorrevelación, se genera una disposición para el autocuidado lo que indica que es posible lograr una transformación en su actitud hacia sí mismas y su salud.

Aunado a lo anterior, poco puede hacer el personal de salud¹⁷, cuando la reproducción humana tiene un fuerte significado cultural y de género que influye y da lugar a diversas formas de autocuidado y fomento de la salud, individual y comunitariamente (Lartigue y Vives, 1996), con su conocimiento estrictamente biológico del embarazo y parto, por lo que un psicólogo o una psicóloga de la salud puede cubrir dicho hueco en la atención institucional.

Una crítica que no puede dejarse de lado, es el hecho de que la propuesta continúa siendo parcial en la medida que no se incorporó un médico o enfermera que atendiera los aspectos o problemas de salud que surgieran en el seno del taller, y al final esto surgió como una gran necesidad de las participantes.

Para la psicología de la salud, la salud reproductiva de las mujeres ha de ser construida por ellas mismas desde su posición de género, condición social, nivel socioeconómico, pero principalmente diseñar programas de intervención para lograr que haya calidad en la experiencia de las mujeres embarazadas y parturientas.

REFERENCIAS

- Andrews, F. M. (1987). Four simple indicators of well-being. En I. MacDowell y C. Newel (Eds.), *Measuring health*. Oxford: Oxford University Press.
- Alleyne, G. (1998). *Epidemiología. Sistema único de información*, Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Burin, M., Moncarz E. y Velásquez, S. (1990). Estados depresivos. En: M. Burin, E. Moncarz y S. Velásquez (Eds.), *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.

¹⁶ La fortaleza que requiere la mujer para la crianza y cuidado de su familia son la única elección que tiene, y eventualmente disminuye su autoestima y competencia (Brown, 1988).

¹⁷ Las mujeres perciben al personal de salud en un plano de poder diferente (“es el que sabe, el que me cuidará”) y así es una falacia hablar de calidad de la atención, dadas estas condiciones de inequidad (Márquez Barradas y Pérez Rosiles, 1996).

- Brown, T. C. (1988). *Women and health psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- CONAPO (1982). *Familia y sexualidad*. México: Aguilar.
- Debert-Ribeiro, M. B. (1993). La mujer y la enfermedad crónica en América Latina. En E. Gómez (Ed.), *Género, mujer y salud*. México: OPS-OMS.
- Diekstra, R. F. W. (1991). Psychology, health and health care. En M. A. Jansen y J. Weinman (Eds.), *The international development of health psychology*. New York: Plenum Press.
- Figuerola, J. G. (1991). Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios. *Salud Pública de México*, 33, 590-601.
- Goldberg D. (1987). General Health Questionnaire (GHQ). En I. MacDowell y C. Newel (Eds.), *Measuring health*. Oxford: Oxford University Press.
- González de Chaves, A. (1996). Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. *Clínica y Salud*, 7, 249 -269.
- Hernández, R. (1998). Percepción del cuerpo y roles genéricos en una comunidad indígena Tojol Ab'al de las cañadas de Chiapas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 4, 27-54.
- La Belle, T. J. (1980). *Educación no formal y cambio social en América Latina*. México: Nueva Imagen.
- Lamas, M. (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En M. Lamas (compiladora) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG-UNAM.
- Langer, M. (1990). *Maternidad y sexo*. México: Paidós.
- Lartigue, T. y Vives, J. (1994). *Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno infantil durante el embarazo*. México: Universidad Iberoamericana.
- Lartigue, T. y Vives, J. (1996). *Sexualidad y reproducción humana en México*. México: Plaza y Valdés.
- Márquez Barradas, M. L. (1997). El bienestar psicológico en el embarazo: una experiencia. *Psicología y Salud*, 10, 67-72.
- Márquez Barradas, M. L.; Pérez Rosiles, L. (1996). La calidad de la atención al parto: el comportamiento de las mujeres. Memoria del 9o. Congreso de la *International Association of Health Policy*, 13 al 16 de junio, Montreal, Canadá.
- Miranda, M. (1978). Una alternativa para una educación de la sexualidad. *Sexualidad Humana y Educación Sexual*, 1, 3-11.
- Mora, G. y Yunes, J. (1993) Mortalidad materna: una tragedia ignorada. En E. Gómez (Ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*. México: OPS.
- Nicolson P. (1996). *Gender, power and organization psychological perspective*. Londres: Routledge.
- OPS (1994). *Las condiciones de salud en las Américas*, vol. 1, Pub. Cient. # 549.
- OPS (1998). *La salud en las Américas*, vol. 1, Pub. Cientif. # 569.
- Pérez Rosiles, L. y Márquez Barradas, M. L. (1996). La calidad de la atención al parto desde la psicología de la salud. Memoria del 9o. Congreso de la *International Association of Health Policy*, 13 al 16 de junio, Montreal, Canadá.
- Riquer, F. F. (1997). La identidad femenina en la frontera entre la conciencia y la interacción social. En M. L. Tarrés (Comp.), *La voluntad de ser. Mujeres en los noventa*. México: El Colegio de México, PUEG.
- San Martín, H. (1981). *Salud y enfermedad*. México: Ediciones Científicas La Prensa Mexicana.
- Sánchez, A. y Díaz-Loving, R. (1996). Amor, cercanía y satisfacción en la pareja mexicana. *Psicología Contemporánea*, 3, 54-65.
- Sarason I. G. (1987). The Social Support Questionnaire (SSQ). En I. MacDowell y C. Newel (Eds.), *Measuring health*. Oxford: Oxford University Press.
- Sheridan, C. L. y Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology. Challenging the biomedical model*. New York: John Wiley.
- Slaikue, K. A. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Stolkiner, A. (1987). Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas. *Salud y Sociedad*, 4, 50.
- Tena-Suck, A.; Bonilla, P.; García, G.; Wilcox, R. y Romero, J. (1994). Relaciones de pareja: ¿arte, ciencia o cosa de suerte? *Parentalidad*, 2, 138-145.
- Travis, C. B. (1988). *Women and health psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Villaseñor, M. y Alfaro, N. (1996). Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deseo del embarazo en la adolescente. En T. Lartigue y J. Vives (Eds.), *Sexualidad y reproducción humana en México*. México: Plaza y Valdés.
- Woollett, A. y Marshall, H. (1997). Accounts of pregnancy and childbirth. En L. Yardley (Ed.), *Material discourses of health and illness*. Londres: Routledge.