



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

“CONDICIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE
LA MUJER: INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN UNA
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA”

TESIS EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

A R L E T B R U N O M O N R O Y

Z A Y D I T H C E R E C E D O A V I L É S

ASESORES:

MTRA. LETICIA HERNÁNDEZ VALDERRAMA

MTRA. LAURA PALOMINO GARIBAY

MTRA. MA. DE LOURDES JACOBO ALBARRÁN



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

MAYO 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A G R A D E C I M I E N T O S

A nuestras asesoras:

Mtra. Leticia Hernández Valderrama
Mtra. Laura Palomino Garibay
Mtra. Ma. De Lourdes Jacobo Albarrán

Por el apoyo recibido para la realización de este proyecto, por su tiempo y la atención recibida, ya que gracias a sus oportunas observaciones pudimos mejorar su elaboración, así como llevar a término el presente.

A ti Leticia:

Porque fuiste más que una asesora, has sido una guía en este recorrido tanto académica como personal, pues en todo momento nos brindaste tu paciencia, apoyo, comprensión; y a su vez nos alentaste a seguir adelante para poder concluir éste importante logro.

DEDICATORIAS

ARLET

A papá y mamá:

Ya que es por ustedes que estoy aquí, cumpliendo esta importante meta que sin su ayuda no habría superado, por cada esfuerzo realizado, por el apoyo de siempre, este logro no es solo mío, así en cada paso de mi vida me siento motivada pues son un tesoro que a diario me recuerda agradecer a dios el que estemos juntos.

Sepan que ustedes son el ejemplo que tengo cómo se puede salir adelante, ya que los valores inculcados me han permitido llegar aquí, y que una vida entera no alcanzaría para agradecerles sus enseñanzas y amor incondicional.

A mis hermanitos:

Aunque ya han crecido bastante, siempre serán una parte de mi, pues les recuerdo con una sonrisa, además tengo la fortuna de que sean también mis amigos, gracias por ser así.

*A **Alfredo** por esa madurez que me aconseja y conforta, por esas platicas interminables que nos enseñaron algo.*

*A **Mireya** por esa fuerza y ese empuje que me enseñan que siempre hay algo que nos sorprende y espera allá afuera.*

Por ser lo mejor en mi vida, a todos ustedes: LOS AMO.

Y a las familias Bruno y Olguín:

Pues son también con quienes compartí los momentos difíciles y nuestras alegrías, y nos apoyan cuando lo necesitamos. Gracias a todos y cada uno...

A los que ya no están:

*A mis **abuelitas**, aunque no pueda verlas quiero expresarles que cada una de ustedes con su ejemplo de vida me enseñó algo acerca de lo que puede ser y hacer una mujer, siempre las llevo en mi corazón.*

*Tío **Jesús**, sabes que tu partida resulto de lo mas sorpresiva, y que te recuerdo con cariño, sólo espero que ahora te encuentres mejor, nunca te olvidaré.*

A mis amigos:

*No podría señalar los motivos para cada uno, pues en cada etapa hemos permanecido juntos sin importar el tiempo y distancia, ya que todos me han dado mucho, lo que incluye ánimos para continuar por este camino que creí no terminaba y siempre a su lado pareció acortarse, agradezco todo su cariño y apoyo, así como todos los momentos que hemos vivido juntos: **Teo, Bárbara, Fátima, Claudia, Adriana, Bety, Fernando, Javier, Feli, Alonso.***

Y hay nombres que quisiera destacar, más me limito a recordar a cada persona valiosa con quien he compartido un fragmento de mi vida en lugares diversos como: CCH Naucalpan, FES Iztacala, CCH Vallejo, el Taller.

A Zay:

Aunque las circunstancias iniciales no fueron las mejores aprendimos a trabajar en equipo y con mucho cariño salir adelante. Gracias porque además gané una buena amiga, con quien compartir tantas cosas, y así conocí a tu familia, quienes hicieron más amenas esas tardes.

A ti Vic:

Porque llegaste a mi vida justo a tiempo, con lo que inició una etapa que me impulso a seguir con este esfuerzo que por fin hoy tiene su recompensa... Gracias por estar a mi lado en este importante lapso, por cada momento de apoyo, de estímulo, por tu amor.

ZAYDITH***A mis padres: José y Sofía***

Por enseñarme todos los valores que hacen de mí una persona de bien, por darme con su propio ejemplo el ser siempre “la mejor” en todo lo que hago, por el apoyo incondicional que me han brindado, por creer en mí y en mis locos proyectos; un millón de Gracias, Los Quiero Mucho.

Al amor de mi vida: Alejandro

Por todo el tiempo que has compartido a mi lado, por ser uno de los motivos más grandes para que realice grandes proyectos, por lo que juntos hemos creado y logrado, por el esfuerzo que hiciste para darnos lo mejor, por todo lo que somos ‘Tu y Yo. Gracias, Te Amo.

A mí Bebé: Dante

Por darme tu alegría y ternura todos los días, por regalarme tiempo de tu espacio, por hacerme sentir orgullosa de todo lo que eres, por llegar en el preciso momento de mi vida, por ser mi motivo más importante para salir adelante. Gracias Hijo, Te Quiero

A mis hermanos: Mayra, Leonardo, Yanci

Por ser el mejor ejemplo en mi vida de lo que debo y no hacer, por su apoyo en muchos momentos difíciles, por las risas y alegría que compartimos desde niños, por enseñarme cada uno de ustedes lo que es importante en la vida. Gracias. Los Quiero

A los pequeños que han estado cerca de mí brindándome su ternura y alegría (y algunas travesuras): Yoali, Brandon, Ximena, Damián

A la familia Almaraz Castro: Andrea, Ramón, Fernando, José

Por aceptarme en su familia como un miembro más, por el apoyo que me brindaron a mí y a mi familia, por el espacio y tiempo que nos ofrecieron, por su comprensión, y por todos los momentos que me han invitado a compartir con ustedes. Gracias, Los Quiero

A Arlet

Por que durante el tiempo que hemos compartido encontré en ti a una muy buena amiga, te doy las gracias por lo que logramos por lo que tú aportaste y por las horas que me escuchaste. Muchas Gracias Amiga.

A mis Amigos. Por haber compartido muchísimas experiencias, alegrías, tristezas, triunfos, tonterías, fiestas, charlas de horas, sentimientos, entre otras cosas:

Adrián, Bety (güera), Caro, Fabiola, Gabriel, Hugo, Luis (Ricky), Luna, Nohemí, Omar, Toño, Vicky, Yazmín, Yezda,.. Y a muchos más que aunque no los menciono, alguna vez compartimos un pedacito de nuestras vidas.

A las mujeres hospitalizadas:

Que al compartirnos un importante fragmento de sus vidas, nos permitieron no sólo aportar algo como profesionistas sino enriquecernos como seres humanos.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| Capítulo 1. CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER ACTUAL | 12 |
| Capítulo 2. MUJER Y FAMILIA | 32 |
| 2.1. El matrimonio como institución social y afectiva | 32 |
| 2.2. La maternidad como condición inherente en la mujer | 49 |
| 2.3. La dinámica familiar de la mujer actual | 54 |
| Capítulo 3. LA SALUD DE LA MUJER | 60 |
| 3.1. Proceso de salud-enfermedad en la mujer actual | 60 |
| 3.2. La salud reproductiva en la mujer | 67 |
| 3.3. Significado y cuidado otorgado al cuerpo | 72 |
| Capítulo 4. MATERNIDAD, PÉRDIDA Y ENFERMEDAD: REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA | 83 |
| 4.1. Experiencia de maternidad | 83 |
| 4.2. Experiencias de pérdidas: aborto e histerectomía | 96 |
| 4.3. Repercusiones psicológicas de dichas experiencias | 102 |
| Capítulo 5. LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO COMO ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO | 108 |
| 5.1. El funcionamiento de la institución médica al cuidado de la salud | 108 |
| 5.2. La hospitalización como evento significativo | 113 |
| 5.3. El trabajo interdisciplinario en el área de Gineco-Obstetricia | 118 |
| CONCLUSIONES | 121 |
| ANEXO 1 | 131 |
| METODOLOGÍA | 134 |
| PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS | 137 |
| ANÁLISIS GENERAL | 159 |
| BIBLIOGRAFÍA | 162 |

RESUMEN

Los estudios acerca de la mujer se han ido diversificando a lo largo de las últimas décadas, de modo que hoy en día se aproximan a conocer los cambios que se van suscitando en la vida de las mismas, precisamente en este trabajo, se planteó, analizar la condición subjetiva, social y la salud reproductiva de mujeres hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia.

Así a lo largo del presente se desarrollaron temáticas involucradas con ello, como la condición social, la familia, la salud a nivel físico y emocional, la maternidad, experiencias de pérdidas y de hospitalización, además la función del Psicólogo como acompañante hospitalario.

El método de intervención que se usó fue el análisis de casos, utilizando para ello la entrevista semi-estructurada, puesto que fue una forma de aproximarse a la subjetividad de las mujeres hospitalizadas de modo tal que dicho análisis fue sobre el discurso reconstruido de las pacientes. Además se les dio un soporte en los momentos delicados que muchas pasaban, tales como: el nacimiento de un hijo, la pérdida de salud, de un órgano como la matriz, o bien un aborto, llegando a observar que, independientemente de su estilo de vida y motivo de hospitalización presentan una característica inherente como género.

De ahí que expresemos que la función del Psicólogo puede ser determinante en la recuperación subjetiva de las personas hospitalizadas, ya que al generar reflexión se confronta la situación vivida en el hospital en carácter de objeto, devolviéndole una identidad con respecto a su familia y condición de mujer.

INTRODUCCIÓN

El campo de la Psicología ha ido ampliando sus horizontes en la medida en que se conocen las posibilidades de ésta como disciplina capaz de interrelacionarse con otras, lo que contribuye a una perspectiva más diversa en sus áreas de intervención específicamente en la salud, que tradicionalmente se ha limitado a los profesionales como médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Es hasta días recientes en que el trabajo del Psicólogo se reconoce y demuestra, cuando interviene en muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas sobre todo si esto genera una dosis de bienestar y salud emocional, lo que consideramos un doble beneficio, por un lado se ayuda a otros, y además se amplía su campo de trabajo.

En lo que concierne al estudio de la salud de la mujer, se sabe que refleja además de la biología individual a los ambientes sociocultural, económico y físico en los que ella se desarrolla, en que el ambiente afecta la duración y la calidad de sus vidas. De ahí que nos resulte importante conocer acerca de la condición social, subjetiva y su estado de salud.

Señalaremos el porqué del título de este trabajo, que nos remite al desarrollo de temáticas que evocan a la condición psicosocial de la mujer actual, a la salud reproductiva, las formas de enfrentar la maternidad, así como las pérdidas relacionadas con el propio cuerpo, donde el escenario de un Hospital permite al Psicólogo intervenir con las mujeres internas, y puede observar lo que han vivido en su experiencia de hospitalización.

La intervención del psicólogo en la hospitalización lo lleva a investigar acerca de la población con la que se trabaja. En el desarrollo del presente trabajo fue importante profundizar en temáticas que pudieran dar cuenta del sentir de las mujeres, obviamente en ello interviene, los aspectos socioculturales, como la familia, el rol desempeñado, la maternidad, la concepción que tienen de sí mismas, los significados que ellas le dan al propio cuerpo, al dolor, a la pérdida, a la salud o la enfermedad y como es que reaccionan ante situaciones extraordinarias como la hospitalización, de esta manera los capítulos se presentan en el siguiente orden de contenido.

El capítulo 1, abarca la condición psicosocial de la mujer; se muestra la evolución y cambios que se muestran hoy en día con respecto al rol asignado hace décadas, que de alguna forma afectaba su afectividad, no se permitía su opinión, ni oportunidad de proyectos fuera del hogar. Pareciera que la diversidad en los estilos de vida apuntan hacia una “realización” al contemplar aspectos extra al espacio del hogar, la maternidad y la pareja, ya que hoy en día muestra libertad de elección pero a su vez crea un estado de incertidumbre de qué hacer ante dichas opciones.

El capítulo 2 habla acerca de mujer y familia, pues son éstas las principales fuentes de formación para los seres humanos, señalando que aun instituciones como el matrimonio y la familia rigen a sectores de nuestra sociedad, siendo éstos ejes primordiales para todas las personas, de ahí que los roles fomentados tradicionalmente se han ido modificando en pos de una nueva forma de enseñar a “ser” hombre y mujer, en este tiempo de cambios que sugieren posibles repercusiones en la salud de ambos géneros, que al confrontar sus creencias con las dinámicas de los nuevos tiempos se cuestionan acerca de qué será la mejor opción para sí, ¿estar en casa? ¿dedicarse sólo al desarrollo personal? o bien ¿tratar de conciliar ambas?, lo que sin duda crea conflictos en la salud de quien los enfrenta.

El siguiente capítulo se centra en la salud de las mujeres como género, en que se sabe que sus principales padecimientos se relacionan con su salud reproductiva, las complicaciones en ésta, así como en la salud emocional de las mismas que quizá se vea afectada por los diversos aspectos que enfrenta. Así dependerá enormemente del tipo de cuidado y significado que brinde a su cuerpo, aunado a las condiciones vividas, que se tenga un estado de salud o no.

En el capítulo 4 se aborda el tema de la maternidad, como un evento y una experiencia llena de significados, deseos, expectativas y afectividad. También situaciones de pérdida, de enfermedad y las repercusiones psicológicas que conlleva cada una de ellas, donde el apoyo de su familia y pareja son de gran ayuda para la recuperación en experiencias de hospitalización.

En el capítulo 5 se describe cómo es que se ha manejado la atención de la salud en instituciones médicas a lo largo del tiempo, limitándose sólo a lo físico y dejando de lado la subjetividad del paciente que enfrenta situaciones de especial significado. De ahí que se hable de la interdisciplinariedad de la Psicología y la Medicina como una forma de mejor atención a los pacientes que así lo requieran.

Posteriormente se realiza un análisis de algunos casos observados durante el trabajo dentro del Hospital, para mostrar una parte del aporte psicológico que se puede otorgar a los pacientes y en general al sector salud como medio para conocer aspectos relevantes que influyen en la recuperación o no de los pacientes hospitalizados, destacándose así la intervención, atención y acompañamiento a las mujeres de este estudio.

Cabe mencionar que dentro de este apartado se muestra como en la mayoría de los casos se encontró que las mujeres no se sabían responsables de sí mismas, de sus cuerpos, de sus decisiones, incluso de la situación vivida en ese lugar, y es también parte del trabajo del psicólogo, el confrontar estas situaciones que a la vez influyen en la formación como profesionistas y personas.

Por último, se presentan las conclusiones pertinentes así como la propuesta de que la labor realizada por el Psicólogo en esta institución médica, pueda ser permanente en el servicio otorgado en dicho lugar y la posibilidad de extenderse a otras.

CAPÍTULO 1

CONDICIÓN PSICOSOCIAL DE LA MUJER ACTUAL

La psicología ha ido ampliando sus horizontes a todos los ámbitos de la vida humana; puesto que su propósito primordial es promover la calidad de vida en los seres humanos, calidad que cada día se convierte en una exigencia para la sociedad. Al ser las mujeres la mitad de dicha sociedad a nivel mundial, es lógico que se necesite acercarnos más a su realidad, y en la medida de lo posible, ir planteando una *psicología de la mujer*, que a su vez nos permita explicar su condición histórica y sus diversas situaciones de vida actual (Bardwich, 1985).

Como se sabe, la sociedad ha ido implantado algunas de las conductas de los seres humanos y, de acuerdo a los intereses de la clase social que está en el poder, se crean conceptos y valores a seguir, lo que trae como consecuencia que la concepción que se tiene de la feminidad sea establecida por dichos valores. De tal modo que la cultura enseña formas de ser diferentes, pues según sea el sexo de la persona, se condiciona en función del género a ser de una manera determinada.

De hecho es sabido que la cultura hace que tanto el comportamiento femenino como masculino sean dos roles distintos basados en aprendizajes de actitudes durante toda la vida por la sociedad que las creó, asignándoles así privilegios y obligaciones a ambos (Hernández, 1988).

Respecto a la condición de la mujer, actualmente se han suscitado una serie de cambios sociales y culturales que afectan la asignación de roles tradicionales que han tenido un gran impacto en el patrón del comportamiento de hombres y mujeres. Al respecto González de Chávez (1993), señala que hablar de una construcción de la feminidad, significa rechazar las concepciones que consideran a la mujer natural dada radicalmente diferente del hombre.

De hecho estos cambios han dado pie a que la mujer se incorpore a sectores nunca imaginables en años anteriores, como en la política, en el deporte, en investigaciones, etc. Y han repercutido notablemente en la dinámica familiar que se había establecido con el patriarcado y sus denominaciones jerárquicas que hasta hace algunos años y por que no mencionarlo aún en algunas familias actuales, han sido formadas.

Como sabemos dicha situación se ha ido modificando históricamente, ya que en la antigüedad, el hombre era el sustento de la familia porque cazaba y pescaba, así la mujer cuidaba a los niños, más adelante se descubre la agricultura y es la mujer quien se encarga de dichas tareas, en esos momentos la familia se encontraba unida ya que trabajaban todos dentro de la casa por su sustento. Así había roles establecidos, las mujeres tenían algunas responsabilidades igual a los hombres, puesto que se encargaban de la agricultura cuando no se conseguía carne para comer. Con el paso del tiempo, dentro de algunas sociedades, se empieza a crear la propiedad privada y el comercio, lo que cambia los sistemas sociales y los roles establecidos, donde la mujer se empieza a ver como parte del sistema de producción vigente (propiedad privada) (Zamudio, 2001).

Al respecto Basaglia y Kanoussi (1983), mencionan que las mujeres estaban subordinadas, porque se encontraban bajo el dominio del otro (los hombres, las instituciones, las normas, sus deberes y los poderes patriarcales). Donde la opresión se estructura y surge de la dependencia vital de que las mujeres sobrevivían por la mediación de los otros y en la subordinación de ellos, y a pesar de que en los años sesenta se manejaban los discursos de la liberación femenina, no era parte de la vida cotidiana sólo se quedaba en eso, un simple discurso; es hasta los setenta cuando las mujeres se empiezan a integrar a la vida laboral, dando un cambio a su situación.

Cabe destacar que aunque dichas ideologías no han desaparecido sí se han modificado, prevaleciendo en décadas pasadas donde se creía que las mujeres no tenían el derecho y/o la capacidad para desempeñarse fuera del hogar y la familia, razón por la que creemos se encontraba subordinada, sin desenvolverse fuera del hogar (no conocían otra forma de vida), sin opciones y/o posibilidades de cambio para sus situaciones. Donde quizá

los grupos sociales asumieron dichos estilos de vida como una realidad a aceptar puesto que en su momento histórico fue lo que creyeron que “debía ser”.

Para Gina Lombroso (citado en, Aguirre de Cárcer, 1989) una de las características fundamentales de la psicología femenina es el “alterocentrismo”, es decir, esa tendencia a ocuparse voluntariamente de los otros. El amor materno es, sin duda, la primera y más clara manifestación de este sentimiento, esta es una de las grandes cualidades de la mujer, que hace que su felicidad sea compartida, otra característica es su interés por el dolor ajeno, nada repercute más profundamente sobre ella que el dolor de los otros, también la “movilidad” está presente incluso en su pensamiento y en su forma de expresión; en ocasiones hablan demasiado y se dice que lo necesitan para descargarse de ese cúmulo de ideas y dichos pensamientos, además tienen la tendencia a “pluralizar”, es decir, a considerar que lo que ellas piensan y sienten, les sucede a todas las mujeres.

Sin embargo, consideramos que puesto que la información de Cárcer fue planteada hace 16 años, probablemente aun existían patrones de conductas similares en las mujeres y no dudamos que muchos de ellos sigan vigentes en ciertos sectores. Por ejemplo, el que la mujer se ocupe de los otros, sean los hijos, pareja, y demás familia, así como esa sensibilidad por la que son afectadas la mayoría de éstas y por ende esa necesidad de expresarse sea verbal o emocionalmente con sus seres queridos. De hecho quizá todavía haya lugares en donde al describir a las mujeres sea bajo esas características de dulzura, preocupación por los otros (alterocentrismo), así como gran sensibilidad por lo que les pasa a ellas y a sus seres queridos; un ejemplo de esa forma de ser en la mujer es representada en las telenovelas e incluso en el cine y la publicidad.

Así Badinter (1981, citado en: Lagarde, 1993), define a la maternidad, en el sentido dominante del término: *mujer casada con hijos legítimos*, es una personaje relativo y tridimensional, relativo porque no se condice sino en relación con el padre o el hijo; tridimensional porque abarca además de la relación con el padre y el hijo, a la madre como una mujer, esto es, un ser específico dotado de

aspiraciones propias, que a menudo no tienen nada que ver con las de su marido ni con los deseos del niño. En que la mujer-madre es transmisora, defensora y custodia del orden imperante en la sociedad y en la cultura donde los rituales domésticos o sociales, como los cuidados están a cargo de las mujeres y forman parte de su participación personal, estando destinadas al cuidado de la vida de los otros y el ámbito de su existencia social es la vida cotidiana. Durante toda la vida la mujer reproduce ya sea por medio de sus dones o cariños, castigos y negativas, con su lengua materna, con su cuerpo, enseña al niño a sentir, pensar y qué necesitar.

Respecto a lo anterior, sabemos que diversas generaciones han adoptado esas formas de educar a los hijas (os) y de enseñar a las mujeres a como ser madres, es decir, bajo qué condiciones, con qué ideologías, perspectivas de vida, así como formas de sentir y pensar. Aunque hoy día ya existen algunos cambios en dichos patrones de vida, éstos no han sido radicales, encontrando que éstos son graduales, generación tras generación.

Mientras que, la mujer se preparaba para el matrimonio, aprendía las labores propias del hogar, asumía su papel social de educadora, cuidadora de los hijos, sus inquietudes y aspiraciones más allá del hogar eran poco valoradas ya que su realización debía centrarse en su función primera de esposa y madre; lo que se enseñó a través de mecanismos que acentuaron su condición como: la familia, la escuela, la Iglesia, los medios de comunicación entre otros. Ahora cada mujer conforma su propia representación, a partir del marco cultural en donde se desenvuelve, la mujer actual se asume de muy diversas maneras, hay quienes deciden prepararse intelectualmente para desempeñar labores profesionales y creativas; muchas más acceden al mundo laboral para mejorar su condición económica familiar, esto puede ser porque el trabajo es inherente a su condición de mujeres y para otras su realización será el matrimonio, la maternidad, y hay quien desea trabajar y

educarse pero les es imposible. Existen pues toda una gama de alternativas que la mujer de hoy busca para su auto-realización (Pérez, 1998).

Al respecto Galende (2001), menciona que para muchas mujeres la idea de incorporarse a la vida laboral, se trata de sumar dos empleos, el de ama de casa y el trabajo remunerado, y para otras, la conquista de un lugar jerárquico en el empleo o la profesión independiente, significa el costo de la soledad o la resignación de deseos de pareja estable y maternidad.

A decir verdad sí hay mujeres que viven dichas situaciones de soledad y/o falta de vida afectiva, ya que al dedicar casi todo su tiempo y esfuerzos a su realización profesional y/o laboral, no dan oportunidad a experimentar relaciones nuevas de pareja o amistad que impliquen un grado de afectividad o compromiso a largo plazo; así también consideremos los casos en que una mujer realiza con éxito actividades propias de su vida personal, tener una pareja, hijos, y atender su hogar así como desarrollarse en facetas de su vida laboral o profesional, lo que sin duda implica una doble jornada de trabajo, es decir, gran esfuerzo y organización para cumplir adecuadamente en cada una de ellas.

Resulta obvio que con la globalización de la economía de los países del primer mundo, se ha repercutido innegablemente en el desarrollo de las sociedades latinoamericanas incluido México; nuestro país se enfrenta a una crisis económica, política y social, propiciada por un sistema neoliberal impuesto varios años atrás que arrastra a las masas hacia una pobreza generalizada. Esta coyuntura y la aparente apertura de oportunidades para la mujer en las últimas décadas, ha propiciado su inserción al trabajo productivo formal e informal, cuestión que resulta común en nuestros tiempos. ‘En las últimas décadas, la incorporación de las mujeres a los mercados de trabajo ha sido creciente, y hasta 1993 constituía aproximadamente el 33% de la Población Económicamente Activa (PEA). Hoy en día es común escuchar que las mujeres incursionan en ámbitos laborales tiempo atrás impensables para éstas, que necesariamente ha transformado la idea de la mujer en el trabajo, demostrando su capacidad y

profesionalismo, aún cuando todavía tenga que enfrentarse en ocasiones a la discriminación y rechazo por parte de algunos sectores (Pérez, 1998).

Dentro del sector de mujeres que trabajan encontramos un grupo particular con necesidades económicas apremiantes y pocas posibilidades de prepararse intelectualmente, aquellas que como *hormigas* venden su fuerza de trabajo en diversas ramas de la industria, muchas de ellas maquiladoras, de servicio, o bien, en dependencias gubernamentales.

Encontramos en muchos casos la segregación como una constante, se crean trabajos para hombres y para mujeres: ellas están aptas para ser costureras, armadoras de piezas finas como en la industria electrónica, empaquetadoras, mecanógrafas, cocineras, afanadoras, entre otras. Generalmente actividades aisladas sin un sentido práctico y creativo que mutilan toda posibilidad de desarrollo intelectual, que con frecuencia son tareas monótonas y desgastantes. En el subempleo la presencia de la mujer es bastante amplia, principalmente en el comercio ambulante, esto en muchos casos, no como consecuencia de su emancipación, sino como una necesidad de supervivencia (Op. Cit.).

En todo caso no podemos hablar de qué porcentaje o qué sector de nuestra sociedad se dedica a dichas actividades, pero si consideramos que en México la mayoría de las personas pertenecen a una clase sin muchos recursos económicos comprenderemos mejor el porqué muchas mujeres no encuentren mejores oportunidades de desarrollo más aún cuando no cuentan con una preparación académica o laboral y su situación es apremiante en el sentido de que necesitan de dichos empleos, pues sin ellos no podrían obtener los recursos necesarios para subsistir y así poder ayudar a la economía familiar; de mayor importancia resultan tales ejemplos cuando hablamos de madre solteras.

Sabemos que la situación de las *madres solteras* requiere de un estudio más amplio, ya que constituye una importante área dentro de la psicología, por ser un acontecimiento social que se expande en diferentes clases sociales y lugares del mundo. Lo que sin duda se relaciona con los cambios que ha sufrido su vida desde los años setentas puesto que anteriormente quien enfrentaba dicha situación lo hacía por no tener otra alternativa, por falta de apoyo de la pareja y familia; pero hoy en día encontramos que la mujer decide ser

madre soltera, lo que no depende sólo del apoyo de la pareja y/o familia, más bien se vincula con la seguridad que muestran las mujeres ante su situación social y la maternidad, ya que consideran que pueden mantener (económica y moralmente) al futuro hijo (a), así como educar sin requerir la ayuda de la pareja; lo que nos concientiza del cambio visible en las mujeres en algunas facetas de su vida.

Siguiendo con la temática del rol asignado a la mujer, encontramos que, Lamas (1980), Fernández (1980), Urrutia (1979) (citados en: García y Shartman, 1993), concuerdan en que dicho rol está dado o más bien impuesto por la sociedad en la que nace, pues es indudable que en todas las sociedades existe una tendencia a la diferenciación entre los papeles o funciones a realizar por la mujer y los adjudicados al hombre. Estas autoras lo consideran un círculo vicioso, en el cual la sociedad utiliza una serie de criterios predeterminados, establece una norma social encargada de definir ‘lo masculino’ y ‘lo femenino’, así el hombre y la mujer se ven ‘obligados’ a actuar en el mismo sentido de la definición de la norma, contribuyendo así a la reafirmación de la misma, generándose así un proceso cerrado, sin muchas posibilidades de cambio, sobre todo en el caso de sociedades que viven replegadas en sí mismas y que pretenden mantener normas tradicionales inflexibles.

Aramoni (1984); citado en Carbajal y Pérez, 1998) menciona que debido a que la sociedad mexicana, tiene una organización social y económica con tendencias capitalistas, tiende a asignar un papel de poder al hombre y objeto sexual utilitario a la mujer, sobre todo para la reproducción; y es con el advenimiento de la lucha entre hombres y mujeres, relativamente reciente cuando esto ha cambiado. Sin embargo, la conducta tradicional de la mujer mexicana no ha desaparecido, se ha transformado (lo que no es generalizable) en una imitación de la actitud y de la conducta de la mujer estadounidense y europea. Se comprende que no es fácil realizar la modificación de estos patrones de conducta, provocando que haya un choque de lo habitual y lo convencional, en la lucha entre hombres y mujeres. Ya que durante mucho tiempo se ha aceptado los papeles tradicionales, el hombre como el que conduce el poder, y en apariencia la mujer mostrando la debilidad,

asumiendo las funciones que la sociedad y la naturaleza misma le han asignado, como la posibilidad de ser madre y de procrear vida.

Hasta aquí se ha venido mencionando cómo es que paulatinamente las situaciones por las que atraviesan las mujeres cambian para ir dando paso a nuevas formas de interacción entre hombres y mujeres, entre madres e hijos, entre generaciones de familias que ahora están educando de forma tal que la subjetividad femenina ya no puede ser planteada en base a supuestos de superioridad de un sexo sobre otro ni de la falta de opciones de desarrollo de las mujeres, nos encontramos en una época de transición donde las mujeres tienen más opciones al momento de decidir qué es lo que harán con su vida.

De ahí que el ingreso de las mujeres al mundo laboral se haya convertido en una necesidad (social, económica o psicológica), encontrando que Lagarde (1993) considera al trabajo como, un espacio creativo, social y cultural: un conjunto de actividades, de capacidades y destrezas, de conocimientos y sabiduría, de relaciones sociales, de normas, de concepciones, de tradiciones y de creencias, que realizan los seres humanos para vivir, transformando la naturaleza, la sociedad y la cultura. Puesto que las mujeres siempre han trabajado, existen dificultades para definir su trabajo, primero porque se le juzga a partir de la división histórica del trabajo como natural, como característica sexual, segundo, porque una parte de su trabajo le ocurre y lo hace, en y por mediación de su cuerpo, y no es diferenciada de él como una actividad social creativa, y tercero porque el resto del trabajo de la mujer por asociación es derivado naturalmente del trabajo no valorado como tal.

En relación a la postura de Lagarde, consideramos que ella hace énfasis en el reconocimiento de la actividad de la mujer a partir de su cotidianidad, es decir, en cuanto a las actividades que ella desempeña dentro del hogar, que a pesar de no ser reconocidas

como trabajo (sin remuneración) no significa que pierdan su valor para cada familia; más aun cuando sabemos que en décadas pasadas las mujeres no tenían muchas posibilidades de inserción laboral o profesional, en su momento pudo significar que éstas se sintieran aisladas de la esfera social y/o cultural.

No obstante, para nadie es un secreto el hecho de que día a día se han ido generando cambios tanto a nivel cultural como individual, donde los comportamientos de las personas no escapan a dicho fenómeno; que a su vez van generando nuevos estilos de vida en nuestra sociedad actual. Al respecto Lipovetsky (1998), sugiere que el universo de los objetos, de las imágenes, de la información, de los valores hedonistas, permisivos y psicológicos que se le asocian, han generado una nueva forma de control de los comportamientos, así como una diversificación incomparable de los modos de vida, una imprecisión sistemática de la esfera privada, de las creencias y los roles, dicho de otro modo, una nueva fase en la historia del individualismo occidental; donde las instituciones se adaptan a las motivaciones, deseos e incitan a la participación, habilitan el tiempo libre y el ocio, manifiestan una misma tendencia a la humanización, a la diversificación.

Aún así podemos negar que estemos sometidos a la carencia de sentido, a una deslegitimación total; en la era posmoderna perdura un valor fundamental, a través de las manifestaciones múltiples: el individuo y su cada vez más proclamado derecho de realizarse, de ser libre en la medida en que las técnicas de control social despliegan dispositivos cada vez más sofisticados y ‘humanos’ (Op. Cit.).

La aportación de Lipovetsky, hace énfasis en la necesidad apremiante de nuestra sociedad en desarrollarse en más facetas dentro de la vida cotidiana, por ejemplo, las mujeres ya no sólo desean dedicarse al hogar y los hombres se interesan un poco más en dichas actividades, y no estamos hablando de un intercambio de roles simplemente de una apertura en las posibilidades de realización personal para los individuos que tienen más opciones al momento de decidir sobre sus vidas. Si recordamos lo señalado atrás, respecto de la condición social de las mujeres, donde ellas aparecían en su mayor parte como víctimas y esto fue difundido por grupos sociales en defensa del ahora conocido fenómeno

de “violencia intrafamiliar” dando así pauta a cambios suscitados de medio siglo para acá, para que hoy día sea la mujer la principal promotora de las diferencias.

Así tenemos que el desenvolvimiento real de la vida de las mujeres, encuentra su mayor verificación en sus modos de pensar y sentir la condición femenina, donde muy rápidamente las mujeres percibieron su situación social y, aun con diferentes grados de decisión y compromiso, problematizaron su vida en pareja, cuestionaron los valores patriarcales de la familia, irrumpieron en las instituciones enfrentando la discriminación de que eran víctimas, denunciaron el sexismo en el trabajo, se hicieron masivamente presentes en los ámbitos universitarios, defendieron sus derechos sobre el aborto y la reproducción manifestando en las calles se hicieron presentes en la política. Ningún otro movimiento social de los últimos cincuenta años tuvo tamaña repercusión y éxito en el logro de difundir sus principios. Su éxito mayor ha sido la transformación efectiva de la vida de millones de mujeres en el mundo, que pudieron pensar con mayor libertad y autonomía sus posiciones sobre el amor a los hombres, plantearse una libertad de elección sobre su sexualidad, defender su derecho al reconocimiento y la igualdad en la esfera social. Los cambios en la subjetividad de las mujeres, vinculados a los valores de la feminidad, los comportamientos prácticos sobre el sexo, el amor, la familia y la maternidad se extendieron rápidamente, siendo hoy ya irreversibles (Galende, 2001).

Al respecto Lipovetsky (2000), señala que en pocas décadas las mujeres han conquistado todo un conjunto de derechos, reconocimiento de la actividad profesional femenina, legalización de la anticoncepción, y del aborto, liberación de la moral sexual, es decir, llevar una vida sexual fuera del matrimonio, hacer el amor sin la obsesión de “quedar embarazadas”, de experimentar placer sin avergonzarse por ello, incluso de amar a otra mujer. Así la virginidad ha dejado de ser una obligación moral, el inicio tardío de las relaciones sexuales femeninas puede decirse que ha pasado a la historia, y la edad de la primera relación de las chicas se acerca cada vez más a la de los chicos; la vida amorosa no ha escapado a la tarea de igualación democrática de las condiciones.

Cabe destacar que al autor plantea una realidad basada en la sociedad europea, y aunque dichos fenómenos se presenten cada vez más en nuestra cultura se hacen más visibles en las grandes ciudades, de acuerdo al nivel educativo y en poblaciones con acceso a información proveniente de diversos medios de comunicación, bibliografía, e incluso por medio de comentarios entre los grupos de amigos con ideologías contemporáneas.

Continuando con los planteamientos de los modos de vida actuales, Galende (2001), refiere que la denominada ‘guerra entre los sexos’ es como una violentación mutua entre hombres y mujeres que se alimentan de esta confrontación constante entre las significaciones femeninas y masculinas sobre el sexo y el amor. Es evidente que en muchos aspectos de la vida social la igualdad de la mujer se afirmó, aunque sea éste un proceso inconcluso; las mujeres disponen más que nunca de la libertad de elegir sus compañeros para el sexo y el amor, han logrado en gran parte la aceptación de sus expectativas de satisfacción sexual, están conquistando mayor autonomía en lo económico, lo que les permite liberarse de la dependencia más utilizada por el hombre, soportan el control y sometimiento a las condiciones de los hombres, por lo que es probable que estos logros deban ser registrados en relación con su situación como sujetos sociales. Así las luchas de las mujeres por el reconocimiento de su igualdad con los hombres, la liberación de su sexualidad se han extendido por todo el mundo, con rasgos y alcances diferentes, pero con cierto compromiso personal de las propias protagonistas.

Algunos ejemplos de dicho compromiso lo constituyen los fenómenos de los estereotipos (modelos), los patrones de belleza, así como diversificación de la sexualidad, relaciones de pareja y posibilidades de realización personal (laboral y/o profesional). Es decir, entre más cambios se susciten entre las nuevas familias (dinámicas de pareja), son las propias mujeres a la vez que protagonistas, promotoras de dichas modificaciones que aunque no sean generalizables si visibles en nuestra época.

Dentro de dichos cambios encontramos tres fenómenos: el poder femenino sobre la procreación, la ‘desinstitucionalización’ de la familia y la promoción del referente igualitario en la pareja. Así lo sugiere el propio Lipovetsky (2000), en su reciente obra, *La*

tercera mujer, cuando señala que la posmujer de su casa significa mucho más que un nuevo estudio en la historia de la vida doméstica y económica de las mujeres. Lo que pone de manifiesto en su aspecto más profundo, una ruptura histórica en la manera en la que se construye a la identidad femenina, así como las relaciones entre los sexos. Nuestra época ha desencadenado una conmoción sin precedentes en el modo de socialización y de individualización de la mujer, una generalización del principio de libre gobierno de ahí, una nueva economía de los poderes femeninos; este nuevo modelo histórico corresponde a lo que se denomina, “la tercera mujer”.

Así a lo largo de su obra refiere tres tipos de mujeres, es decir, distintos momentos históricos en que la mujer ha desempeñado diversos comportamientos que se han ido transmitiendo de generación en generación también están cambiando, ya que cada época va creando sus propias adaptaciones tanto de ideología como de estilos de vida, de lo que se cree adecuado en cada caso o grupo social.

Tenemos así a la *primera mujer* o mujer depreciada, donde desde tiempos inmemoriales, la “valencia diferencial de los sexos” construye la jerarquía de los mismos, dotando al masculino de un valor superior al femenino; por todas partes las actividades que se valoran son las que ejercen los hombres; mitos y discursos evocan por doquier la naturaleza inferior de las mujeres; al hombre se le atribuyen siempre valores positivos y a la mujer negativos; la supremacía del sexo masculino sobre el femenino se ejerce en todas partes. En algunas sociedades primitivas, las mujeres ejercen derechos y poderes nada desdeñables en materia de propiedad, de vida doméstica, de educación, de redistribución de alimentos, pero a fin de cuentas la mujer se consideró como mal necesario encasillado en las actividades sin brillo, ser inferior sistemáticamente desvalorizado o despreciado por los hombres, situación que se prolongó por muchas épocas de la historia (en algunos espacios perduró hasta albores del siglo XIX), tal es el modelo de la primera mujer (Lipovetsky, 2000).

Luego se habla de la *segunda mujer* o mujer exaltada, que aparece en la Edad Media, que lejos de entonar la eterna cantinela de las invectivas dirigidas a las mujeres, se

ponen por la nubes su papel y sus poderes, donde la mujer amada se convierte en la soberana del hombre; se declara al “bello sexo” como más próximo a la divinidad que el hombre, y se exalta a la madre en efusiones líricas. Por supuesto, esta idealización desmesurada de la mujer no invalidaría la realidad de la jerarquía social de los sexos. Las decisiones importantes siguen siendo cuestión de hombres, la mujer no desempeña papel alguno en la vida política, debe obediencia al marido, se le niega la independencia económica e intelectual; el poder de la mujer sigue confinado sólo al ámbito de lo imaginario, de los discursos y de la vida doméstica. Ahora bien, cuando no se reconoce a la mujer como sujeto igual y autónomo, no por ello deja de salir de la sombra y del desprecio de que se le hacía objeto; la gratificación con el poder de elevar al hombre. De alguna forma se le reconoce como potencia civilizadora de las costumbres, dueña de los sueños masculinos, “bello sexo”, educadora de los hijos, “hada del hogar”; a diferencia de los que ocurría en el pasado (Op. Cit.).

Así nos podemos dar cuenta que en este modelo de la segunda mujer, se le exalta de tal forma que ni ellas mismas comprendían el grado de dominio ejercido sobre ellas, ya que de un modo amable (disfrazado) se magnificó su papel en la sociedad, de hecho quizá sea este modelo, el que más logremos identificar en nuestra generaciones pasadas, como son: nuestras abuelas y todavía algunas madres quienes vivieron e implementaron dichos estilos de vida, donde en aras de importancia de la familia para la sociedad vivieron bajo esas ideologías.

Siguiendo con la descripción de Lipovetsky (2000), tenemos que a la primera mujer se le diabolizó y despreció, la segunda fue adulada, idealizada, colocada en un trono, donde la mujer se hallaba subordinada al hombre, era él quien la pensaba, se la definía en relación con él; no era nada más de lo que el hombre quería que fuese. Mientras que la primera mujer estaba sujeta a sí misma; la segunda era una creación ideal de los hombres; la tercera supone una autocreación femenina.

Respecto a la evolución social de la mujer encontramos a la *tercera mujer* o la mujer indeterminada. Dicha lógica de dependencia respecto de los hombres ya no es la que

rige en lo más hondo la condición femenina en las democracias occidentales. Desvitalización del ideal de la mujer de su casa, legitimidad de los estudios y el trabajo femeninos, derecho de sufragio, separación, libertad sexual, control sobre la procreación son otras tantas manifestaciones del acceso de las mujeres a la completa disposición de sí mismas en todas las esferas de la exigencia, otros tantos dispositivos que construyen el modelo de la “tercera mujer”. Esta época concluye ante nuestros ojos; con la posmujer de su casa, el destino femenino entra por primera vez en una era de imprevisibilidad y de apertura estructural. ¿Qué estudios realizar? ¿Con vistas a qué profesión? ¿Qué trayectoria profesional seguir? ¿Casarse o vivir en unión libre? ¿Divorciarse o no? ¿Qué número de hijos y en qué momento? ¿Dentro del matrimonio o fuera de él? ¿Trabajar a tiempo parcial o a tiempo completo? ¿Cómo conciliar vida profesional y vida maternal? Todo, en la existencia femenina, es ahora objeto de elección, de interrogación y de arbitraje. Hoy, cuando prácticamente ninguna actividad se halla ya vetada a las mujeres, nada establece de modo imperativo su lugar en el orden social; ahora las vemos, con la misma legitimidad que los hombres, entregados al imperativo moderno de definir e inventar, su propia vida. Si bien es cierto que las mujeres no llevan las riendas del poder político y económico, no cabe la menor duda de que han adquirido el poder de gobernarse así mismas sin vida social preestablecida (Op. Cit.).

A pesar de la ruptura histórica, la tercera mujer no coincide con la desaparición de las desigualdades entre los sexos, sobre todo en materia de orientación escolar, de relación con la vida familiar, de empleo, de remuneración. Existe así una nueva relación de la tercera mujer con el proceso de indeterminación que la constituye, sea cual fuere la reactualización de las divisiones sexuales, forzoso es constatar que los dos géneros se encuentran en la actualidad en una situación “estructuralmente” similar en lo que concierne a la construcción del yo, al momento en que los posibles han reemplazado a las imposiciones colectivas. Ciertamente, se reconoce a mujeres y hombres el derecho a ser dueños de su destino individual, mas ello no equivale a un estado de intercambiabilidad de sus roles y lugares (Op. Cit.).

Cabe destacar que las aportaciones de Lipovetsky (2000), hacen una semejanza con otros autores como Pérez (1998) y Galende (2001), cuando se refieren a que la mujer a través de la historia ha pasado por diversos modelos o estilos de vida, y que es hasta hoy cuando podemos hablar de una etapa de transición en que mujeres y hombres, son quienes construyen tanto sus identidades como formas de asumirse dentro de un mundo que cada vez enfrenta más cambios en todas las áreas: económica, política, tecnológica así como social, y por ende psicológica.

Consideramos pues que la evolución que ha tenido la mujer en cuanto a su estilo de vida es evidente en ciertos sectores, sin hablar de igualdad masculina, más bien hoy en día hombres y mujeres negocian su bienestar común con la pareja, hijos o demás familiares. Como señala Galende (2001), que sucede en el seno de cada pareja de amor y en la practica de sexo, en los deseos de maternidad y descendencia, en las tareas del hogar y el cuidado de los niños, en relación con la economía doméstica, en los deseos individuales y el respeto por la autonomía de cada uno, en las decisiones sobre el empleo o la profesión, en las elecciones sobre la vida social y las amistades, hombres y mujeres deben negociar y acordar cotidianamente los valores de su relación y generar pactos sobre las esferas de acción de cada uno.

Los roles exclusivos se han visto sustituidos por las orientaciones preferentes, las libres elecciones por parte de los actores, la abertura de las oportunidades; no es la similitud de los roles sexuales lo que triunfa, sino lo que rigen los modelos sociales y, correlativamente, la potencia de autodeterminación y de indeterminación subjetiva de los dos géneros. La libertad de dirigirse a sí mismo se aplica ahora de modo indistinto en ambos, pero sigue construyéndose “en situación”, a partir de normas y de roles sociales diferenciados, respecto de los cuales nada indica que estén inclinados a una futura desaparición (Lipovetsky, 2000).

De ahí que hombres y mujeres se encuentran en la actualidad en la búsqueda de satisfacción en todos los aspectos de la vida cotidiana y aunque es similar dicha

exploración, su identidad subjetiva se encuentra vigente y se diferencia notablemente en la dinámica de pareja y familia de las últimas décadas.

Resulta obvio entonces que se ha producido un cambio en las conductas prácticas sobre el amor y el sexo, y uno de sus efectos es la exigencia de reacomodamiento de las identidades femenina y masculina. A esta exigencia deben responder todos; las mujeres están afirmando sus derechos de igualdad y reconocimiento de un mundo nuevo, más activo y protagónico y ya no aceptan el control de su sexualidad por parte de los hombres, sin renunciar por esto a su feminidad, el amor hacia el hombre, la satisfacción sexual o la maternidad. Así tenemos que Irene Merler (citado en: Galende, 2001), señala lo siguiente en un texto reciente:

“La mayor parte de las mujeres contemporáneas sostiene deseos contradictorios. Por una parte anhelan la protección masculina y el homenaje narcisístico característico del galanteo tradicional. Pero no quieren pagar el precio que pagaron sus madres y abuelas: infidelidad, dependencia económica, amenaza de desamparo si se pierde el favor del amo, violencia, etc.” Pág. 34

Si bien ahora las mujeres disfrutan su sexualidad más plenamente, también se enfrentan a una diversificación de su deseo, lo que puede implicar conflictos a nivel emocional donde por un lado anhelan las características propias de los roles tradicionales, y por otro la independencia respecto a sus propias elecciones de su sexualidad y la de sus parejas. Así estos nuevos tipos de relaciones traen consigo una serie de resignificaciones en cuanto a lo que cada persona y/o pareja desea y hace.

Asimismo encontramos que las mujeres participan hoy activamente en ese mundo que podríamos denominar masculino, pero están modificando las relaciones de poder en su competencia con los hombres. Lo hacen aun a costa de asumir ciertas pérdidas en aspectos de su feminidad, como son la vivencia emocional de la ternura, el valor del amor, la expectativa del compañero varón, a veces la maternidad y los hijos, y en ocasiones renunciando al matrimonio. Se puede decir que las mujeres están ganando como sujetos

sociales, aun cuando estén sacrificando parte de los valores de la feminidad (Galende, 2001).

Al respecto opinamos que el hecho de que hoy en día las mujeres enfrenten cada vez más situaciones de vida parecidas a las masculinas, se relaciona con el grado de competencia laboral y/o profesional así como con el éxito que cada uno logre, lo que probablemente de pie a que un hombre que percibe a una mujer como independiente, segura y autosuficiente, considere que ésta no tiene necesidades afectivas, de protección, ternura o amor. Dicha situación se puede percibir como una falta de complementariedad en una pareja o bien evitar que se dé una relación estable, o probablemente crear un alejamiento emocional entre ambos géneros, lo que representa en sí un problema importante de causas de ruptura en las relaciones actuales de pareja.

Así en una época en que todos los sujetos tenemos libre albedrío respecto a nuestras vidas, encontramos que ante tal indeterminación, surgen conflictos derivados de la misma, ya que ahora tanto hombre como mujeres querrán alcanzar cada vez más los ideales transmitidos por la cultura hedonista de primer mundo, respaldados por los medios de difusión masivos. La consecuencia lógica de tal hecho es que la mayor parte de personas no podrán realizarlos, porque si nos ubicamos en la realidad, sabemos que la mayoría de la población no pertenece al primer mundo, lo cual sugiere una frustración en cuanto a lo que quisieran hacer y lo que realmente pueden. Un ejemplo de esto son: la bulimia, la anorexia, el vestir a la moda, una vida llena de comodidades, etc., ideales que no todas las personas pueden obtener, ya sea por salud o economía, lo cierto es que lo único que consiguen además de problemas en dichas áreas, confrontar su realidad con tales perspectivas, generándose así frustraciones e inestabilidad emocional para dichas mujeres y su entorno familiar o social.

Ante tal situación se han establecido una serie de imágenes, valores, que han dado pauta a que algunas mujeres cumplan con dobles o triples jornadas de trabajo, para demostrar lo que antaño muchas no lograron desarrollar, en trabajos profesionales o en una esfera distinta del hogar. Esto no puede escapar a la diversificación ante la que nos encontramos, ya sea de información u opciones, donde los medios de difusión en la cultura

noroccidental nos bombardean con una serie de productos, ideas, estereotipos de estilos de vida en donde nos muestran lo que un hombre o una mujer deben hacer para “ser felices”, de aquí que haya mujeres que no se sientan plenamente satisfechas de realizar ya sea el papel de madre-esposa tradicional, o de superación personal, por ende existen riesgos al seguir estereotipos tal vez inalcanzables para ciertos sectores sociales.

Así el nuevo reparto de los roles económicos en las familias trastoca núcleos importantes de la identidad de mujeres y hombres y es causa frecuente de las nuevas formas de violencia en la pareja. El hecho de que el trabajo de la mujer sólo se haya hecho visible para muchos hombres a partir del empleo remunerado fuera de la casa ha significado un cambio importante para la visualización de la mujer para el hombre quien tuvo que aceptar no sólo la competencia de la mujer “en la calle”, sino aceptar a un igual en el hogar, respecto de las tareas, la economía, los cuidados y la crianza de los hijos (Galende, 2001).

Sin embargo es muy importante señalar que toda esta gama de nuevas oportunidades, para la vida moderna, pueden traer consigo repercusiones en situaciones de exceso, por un lado cuando una mujer decide desarrollarse en un empleo o profesión así como combinarlo con las actividades propias del hogar, tendrá una carga física y emocional mayor que alguien que sólo se dedique a una área. A su vez no dejemos de considerar los casos en que una mujer se dedique sólo a una de las áreas señaladas, podría presentarse las siguientes posibilidades: carencia de desarrollo socio-económico y de realización fuera del hogar o bien falta de vida afectiva o familia (pareja y/o hijos) por dedicarse todo el tiempo al trabajo y éxito social y económico.

Dichas cargas de exceso de trabajo, estrés, desequilibrio emocional pudieran repercutir directamente en la salud de las mujeres que así lo vivan, y aunque no es algo que podamos asegurar se ha comprobado que en la actualidad el “estrés” puede perjudicar la salud, ya sea empeorando padecimientos existentes o bien generarlos.

Se sabe que, el estado de salud de las mujeres refleja no sólo la biología individual sino también a los ambientes sociocultural, económico y físico en los que ellas se

desarrollan: Este ambiente afecta la duración y la calidad de sus vidas; las mujeres que viven en la pobreza o tienen un nivel educativo bajo, poseen una expectativa de vida limitada, alta incidencia de enfermedad, más discapacidades así como una mortalidad elevada. Durante las últimas dos décadas se han hecho más evidentes las disparidades en salud entre los sexos, en términos de oportunidad y acceso a recursos tanto de bienestar como de desarrollo. Diferentes estudios epidemiológicos han demostrado que las mujeres se encuentran expuestas a serios riesgos para su salud que no se explican tan sólo por sus características biológicas, sino que también responden a su posición social y de género.

Estas diferencias en el estado de salud y enfermedad sirven como base para que el concepto de género en salud sea fundamental para explicar el porqué las mujeres son más vulnerables que los hombres a ciertos padecimientos y malestares. Dichas diferencias han servido para que algunas instituciones y agencias interesadas en la salud de la población hayan iniciado una labor de concientización sobre las difíciles condiciones de salud de la población femenina (<http://www.insp.mx>).

Centrándonos ahora en nuestro objetivo, podemos sugerir un estudio que se aproxime a saber sobre la salud de la mujer actual, paralelamente debemos considerar, los ideales o roles a desarrollar, estilos de vida, las decisiones tomadas respecto a su cuerpo así como las confrontaciones derivadas de ello, incluyendo por supuesto posibles problemas, no sólo a nivel biológico sino psicológico, específicamente en el caso de la maternidad, la pérdida de salud o muerte de un hijo, ya que constituyen momentos cruciales en la vida de casi toda mujer, y le son inherentes a su condición independientemente de la época histórica en que viva.

Claro está que una parte fundamental de la vida de los seres humanos la constituye la familia, ya que ahí es donde aprendemos los valores, patrones, estilos de vida así como esquemas ante las diferentes situaciones, por supuesto esto incluye al género femenino por ser tradicionalmente quien educa a la familia, y aunque hoy en día el rol se ha ido modificando, aún no podemos generalizar que dicha situación prevalezca en todos los lugares, específicamente en nuestro país donde la transición apenas se está desarrollando

paulatinamente. Pero ¿cómo se va dando este cambio dentro de algunas de las familias de nuestro contexto?, en el siguiente capítulo se abordará la temática de familia, enseñanza de roles y dinámicas familiares actuales, así como sus afectos y condición de mujer-madre, pues es ahí donde se establecen los significados propios de lo femenino y masculino.

CAPÍTULO 2

MUJER Y FAMILIA

2.1. El matrimonio como institución social y afectiva.

Iniciaremos señalando la importancia de la institución matrimonial no como regla sino como estilo de vida vigente desde tiempos históricos; aunque no es la única forma de relacionarse entre las parejas, si es la más usual por fines, jurídicos, políticos, económicos y afectivos en nuestra sociedad; por medio de los cuales se forman generaciones, que a su vez enseñan este modo de vida con algunas modificaciones evolutivas, llena de emociones y afectos. Dentro del contexto de una sociedad como la nuestra, es *la familia* el espacio donde casi todos los individuos nacemos, crecemos y

morimos, y es a ésta a la que debemos nuestra incorporación, socialización y adaptación al medio cultural.

Si consideramos al matrimonio como una institución social, veremos que ha sido transformada a través de la historia conforme a las influencias culturales, religiosas, de clase, generacionales y étnicas; lo que nos sumerge en la historia de las relaciones entre los sexos y del control de la sexualidad. Actualmente el matrimonio se concibe más como un producto de una relación concertada libremente entre un hombre y una mujer, quienes con base en un compromiso personal, asumen los deberes y derechos propios de la unión; en tanto también se le ve como un estatus, o el medio por el cual un hombre y una mujer adquieren una posición social determinada. (Parada, 2000).

Generalmente el matrimonio es definido como una unión establecida entre individuos de sexos diferentes y bajo las modalidades de unión singular (monogamia) o plural (poligamia). El matrimonio ha sido y es hoy, todavía, una institución social con la que se pretende organizar la vida sexual de los hombres y las mujeres; a ambos se les incite a incorporársele luego de cumplir la edad que varía dependiendo del sexo, de la posición económica y social. Relación que trata de asegurar, normando sus condiciones, la

procreación, lo que significa seguir considerándolo como la base fundamental de la familia, como la célula básica del tejido social moderno (Op. Cit.).

Al respecto Medina (1998) menciona que el matrimonio constituye en las sociedades occidentales la forma predominante de formalización de los vínculos reproductivos y afectivos; que ha mantenido una constante, ser un ámbito en donde se instala la subordinación de la mujer al hombre, lo que se expresa, entre otras cosas, en la restricción de la sexualidad de aquélla a los límites del lecho conyugal y de preferencia con fines meramente reproductivos.

Asimismo Pérez (1998) señala que la mujer está inmersa en primera instancia, como un requisito necesario del deber ser, creyendo que su realización es a partir del matrimonio legitimando la unión preferentemente por las dos leyes “por la Iglesia y por el Civil”, adquiriendo un estatus como la “esposa de”. El matrimonio como institución asegura la conyugalidad bajo ciertas reglas, ya que como pacto social se espera que el matrimonio se mantenga por la serie de obligaciones económicas, afectivas, eróticas, reproductivas, jurídicas, sociales, de un cónyuge con el otro.

Específicamente, es dentro de la esfera de la vida en pareja, que ambos cónyuges cumplen roles, realizan funciones ocupan espacios excluyentes y exclusivos, y cada cual tiene deberes para con el otro, obligaciones, derechos, evaluaciones y sanciones; tanto los hombres como las mujeres tienen que jugar un doble papel; ya que públicamente el hombre es el fuerte, el que provee a la mujer de lo necesario para vivir, el que se enfrenta al mundo y protege a la mujer.

Evidentemente, la situación que prevalecía hace algunas décadas difiere en muchas características de la actual, los cambios que se han operado en aspectos económicos, sociales y culturales han propiciado modificaciones en la actitud de la mujer y el hombre, se han tornado, más tolerantes y menos enemigas. Una tendencia igualitaria prevalece en el trato, liberalidad en cuanto al sexo y a lo que se tiene acceso en términos genéricos

(profesión, viajes, entre otros), lo que anteriormente se calificaba como masculino en un sentido convencional. (Aramoni, 1984, p. 148; citado en: Carbajal y Pérez, 1998).

De esta forma lo que diferenciaba las expectativas de la pareja dentro del matrimonio o unión, son cualidades que ambos buscan en el otro, ya que mientras el hombre busca juventud, belleza, etc., la mujer espera afecto, protección, sin fijarse mucho en cualidades de apariencia. Puesto que con el tiempo la apariencia de ambos cambia, y a la larga puede generar conflictos, ya que en el caso del hombre al no encontrar lo que una vez le agradó, ir en busca de alguien que si cumpla dicha expectativa, caso contrario para las mujeres, que siguen teniendo lo que alguna vez les agradó.

Respecto a lo anterior, opinamos que dichas situaciones se presentaron con mayor frecuencia en décadas pasadas, donde las mujeres se tenían que conformar con la situación elegida (marido y estilo de vida), lo que sin duda ha dejado huella en la educación de las familias actuales, pero obviamente con ciertas diferencias que van así caracterizando a cada generación, y su vez dando oportunidad a nuevos estilos de vida familiar.

Por otro lado, Parada (2000), menciona que en un contrato matrimonial dos individuos deberían poder acordar sobre cualquiera de los términos que consideren ventajosos para ambos, incluyendo el establecimiento de los términos de inicio y fin de la relación; a propósito de este punto, sólo hasta hace pocos años se ha podido anticipar el fin del matrimonio a través del divorcio voluntario, ya que ésta era una práctica sancionada socialmente como un fracaso individual, sobre todo para las mujeres.

Debido al estilo de vida sumiso que asumieron las mujeres en épocas pasadas, es que se llegó a considerar, que una situación de divorcio era sinónimo de fracaso personal, ya que al no existir otras opciones de desarrollo fuera del hogar, se consideraba que era la mujer la principal responsable de dicha ruptura, ya que en tanto el hombre cumplía con sus obligaciones (aportación económica) quizá no con sus derechos (compromiso afectivo); a ella se le exigía cumplir con el cuidado de los hijos y hogar, además de lo establecido por su pareja o la familia de éste. Encontrando que la mujer se ocupaba más de sus

obligaciones que de sus necesidades personales de realización en otro contexto, como lo son hoy en día la oportunidad de prepararse profesional o laboralmente.

Con respecto a lo anterior Lipovetsky (2000) señala, que al no existir por sí misma, a la esposa-madre-ama de casa no se la considera un individuo abstracto, autónomo, que se pertenece a sí mismo: ‘Una mujer siempre puede alcanzar la felicidad a condición de que no sea un ‘individuo’, sino el ser exquisito que vive *fuera de sí misma* y para los demás’. Si el hombre encarna la nueva figura del individuo libre, desligado, dueño de sí, a la mujer se le sigue concibiendo como un ser dependiente por naturaleza, que vive para los demás, inserto en el orden familiar. La ideología de la mujer de su casa se construyó a partir de la negativa de generalizar los principios de la sociedad individualista moderna, que identificada con el altruismo y con la comunidad familiar, la mujer no depende del orden social, sino del orden natural de la familia.

Aunque resulte obvio que se han ido presentando cambios a través del tiempo, es a partir de los años 20s y 40s que se elaboró, sobre todo en Estados Unidos, una nueva imagen de la mujer anterior, marcada no tanto por el espíritu de entrega como por la seducción, la felicidad consumativa, la emancipación respecto de las costumbres tradicionales., el aspirador, la lavadora, la cocina de gas, el frigorífico, los alimentos liberadores para la mujer, al mismo tiempo se ponderan los productos cosméticos como medios capaces de conservar la juventud y la belleza que constituyen las nuevas obligaciones de la mujer de su casa. Sobra decir que el ideal de la buena esposa y madre no desaparece en modo alguno, pero la forma de sacrificio que hasta entonces lo acompañaba yace bajo la capa de las normas individualistas del bienestar y la seducción. Los llamamientos al consumo, las promesas radiantes de la mercancía, la magia de las novedades sustituyen a la moral del ahorro y de la renuncia de sí, surgiendo así un nuevo ciclo que instaura la simbiosis entre la mujer de su casa y el consumo; las buenas decisiones de compra, la economía de tiempo y esfuerzo, el adecuado desarrollo del niño mediante los productos de consumo, la seducción física aparecen como los nuevos imperativos de la *esposa-madre moderna*; lo que se convertirá en la tónica dominante en los años cincuenta se halla ya en germen del discurso comercial de los años veinte; la

ceremonia rigorista inició un movimiento de retroceso en beneficio de las imágenes de mujeres alegres, coquetas, sonrientes, a las que los “milagros” del confort hacen dichosas (Op. Cit).

Como podemos apreciar la llegada de estos elementos tecnológicos y de consumo, por un lado brindan la ayuda que la mujer estaba necesitando en las labores del hogar, ya que facilitan su esfuerzo y le ahorran tiempo, pero a su vez hacen que la economía de las familias se enfoque en adquirir estos nuevos productos. En el caso de las mujeres que ingresan al trabajo remunerado y tienen el poder adquisitivo, ahora tienen más tiempo para sí mismas, sin dejar de lado que esta nueva etapa de consumismo está dirigido a la belleza y la seducción, es decir, a ayudar a que la mujer se mantenga bella y joven para conquistar a una pareja o bien mantenerla a su lado, así como brindarle mayor confort en general.

Así Lipovetsky (2000), continúa refiriendo que en el siglo XIX se intensifica y sistematiza la nueva posición de la madre: aparecen los primeros poemas dedicados al amor maternal, se pierde la cuenta de los cuadros que representan madres amamantando a sus hijos, acunándolos, vistiéndolos, jugando con ellos, abundan los libros que subrayan la importancia primordial de la madre como educadora “natural”, donde se ensalza por doquier su imagen, que exhibe los rasgos de bondad, dulzura y ternura tradicionales.

De ahí la ambivalencia histórica que supone el modelo de la mujer de su casa; por un lado, éste recompuso una diferenciación máxima entre los roles de los sexos, a contracorriente de las ideas modernas de igualdad; ahora bien, por el otro, vino acompañado de un proceso de reconocimiento y celebración de las funciones femeninas, inseparable de las sociedades de igualdad. Esposa, madre, educadora, ama de casa..., he ahí los roles de la mujer puestos por las nubes, juzgados con consideración, dotados en principio de un valor igual a los que incumben a los hombres; si bien la era inaugural de la igualdad legitimó la organización desigual de las “dos esferas”, al mismo tiempo dignificó, realzó la imagen social de la mujer, así como el respeto que se le debe (Op. Cit).

Nuevamente encontramos la idea de que, la mujer existe a partir de los otros, en este caso, su familia, ya sea la de origen (padres, hermanos) o la propia (pareja e hijos), ya que en un inicio está sujeta a las reglas y formas de afecto dispuestas por sus padres para después generar las propias al lado de su pareja y así crear nuevas dinámicas familiares que serán enseñadas a sus hijos, por lo que poco a poco se van modificando las formas de vida de las familias, que va desde la planificación familiar, las formas de comunicación, de elección de pareja, de educación de los hijos, de dar y recibir afecto, así como el interés por la maternidad, la realización profesional y familiar plena.

En este sentido es que la conformación de los roles se puede modificar, una forma de hacerlo es la realización en plano laboral o profesional, actualmente ya son muchas las mujeres en nuestro país que no sólo se dedican al hogar (rol de madreposa), aunque es una situación para la que todavía no hay educación explícita, se sabe que tienen iguales oportunidades de desarrollo personal, cabe destacar que estando casadas y con hijos se enfrentan a una doble o triple jornada de trabajo, si su decisión es adoptar cada uno de estos roles.

Puesto que el matrimonio se ha visto como medio de *realización personal*, en tanto coadyuvante social en la formación de la vida emocional de los seres humanos, su institucionalización (obligatoriedad), pasa por alto las diferencias entre los individuos y se pretende regidor universal, causando respuestas emocionales que no siempre resultan positivas ni para los individuos ni para el conjunto del cuerpo social. Puesto que el matrimonio carga con la responsabilidad de poder facilitar que los esfuerzos de los individuos redunden en su realización personal, incluyendo que haya posibles frustraciones producidas por la inviabilidad de sus principios (Parada, 2000).

Además se le valida como el depósito primario en donde es posible encontrar la respuesta positiva a las necesidades afectivas, anhelos amorosos e impulsos sexuales; lo mismo que a las necesidades de comunicación, estabilidad económica, social y política. Es decir, existen considerables cargas ideológicas expresadas, a través de los mitos de la relación, como una unidad, como la búsqueda de la complementariedad, de la ‘media

naranja”]; como el oasis solidario, cooperativo, sin desigualdades; como el ámbito de la satisfacción sexual, esto es el matrimonio se haya muy “idealizado”.

Puesto que las emociones de las personas son producto de las formas en que la sociedad les ordena sus vidas, los derechos y deberes a que deben someterse, los cónyuges están inmersos y encuentran su explicación en las diferencias sociales, culturales, políticas, prejuicios religiosos, definiciones jurídicas y construcción de las subjetividades de género, femenina y masculina (Op. Cit.).

Y es así como dentro del matrimonio tanto hombres como mujeres adoptan su subjetividad de acuerdo a las normas impuestas por la cultura a través de la familia, ya que es sabido que esta es la principal fuente de emociones y afectos, espacio donde nos desarrollamos casi todos los seres humanos, ya que dependiendo de cómo sea la dinámica dentro de dicho grupo de origen, será el desarrollo particular de cada mujer y por ende sus patrones pudieran repetirse través de más generaciones. En tanto, la mujer adquiere o juega cierto papel, al igual que sus compañeros de casa, ya que cada uno de ellos lleva a cabo un *rol* diferente (esposo, hijo, madre, esposa, hija, etc.).

A propósito de la trascendencia que tiene la familia en la vida de los seres humanos, los orígenes de la familia se remontan al matrimonio monogámico, fundado en el predominio del hombre con el fin de procrear hijos cuya paternidad debiera ser indiscutible, ésta se exige para que los hijos sean los herederos directos de los bienes del padre. Es a partir de este tipo de matrimonio que las mujeres quedaron en desventaja dentro de la familia y de la sociedad, pues de manera paulatina perdieron participación en la comunidad en donde se encontraban activas, quedando sujetas al ámbito hogareño, viéndose a los ojos de la sociedad como inactivas, donde el trabajo que antes era visto de manera común se convierte en familiar, y única y exclusivamente para la casa, su marido y sus hijos (as) (Zamudio, 2001).

Aunque dicha situación ya no se presenta estrictamente de la misma forma, aun persisten rasgos de dicho tipo de educación familiar, que poco a poco ha ido cediendo ante

los nuevos tiempos. La familia es una pieza esencial en la sociedad, puesto que en el se organiza la vida cotidiana de mujeres y de hombres, se modelan las expectativas, las mentalidades y se filtran las oportunidades de todos y cada uno de sus miembros. Como ámbito central de las relaciones humanas, en la familia se origina un conjunto de relaciones: de pareja o conyugales, de filiación o parentalidad (padres a hijos), de fraternidad (entre hermanos) y de género; de la misma manera, en la familia se sintetizan dinámicas biológicas, demográficas, económicas, psicosociales y culturales. Por esta razón, todo lo que hace o decide cada núcleo familiar para cada uno de sus miembros tiene efectos en el agregado social, a través de los comportamientos colectivos que hacen las grandes transformaciones sociales. De tal suerte, la familia ha sido definida como una estructura social de nivel micro, con impactos trascendentes en el nivel macro social (Parada, 2000).

Con ello entendemos que así como la cultura influye en la familia para la formación de los principios que pretenden ser conservados en las generaciones subsecuentes, es la propia familia quien da pauta a enseñar nuevas dinámicas de relacionarse ya sea entre los mismos miembros de ésta, así como de regular las interacciones con el mundo exterior, por lo que consideramos que es ésta la principal fuente de desarrollo psicosocial.

La familia como institución social realiza una serie de funciones psicosociales que son efectuadas, en base a principios de complementariedad, por sus distintos miembros conforme a los recursos y potencialidades de cada uno de ellos y en función de los roles asignados, así como en la misma forma complementaria o suplementaria por otras instituciones del sistema social; sea éste un grupo de apoyo, familia extendida y/o amistades, así como otras instituciones sociales, escuelas, centros de desarrollo infantil o de asistencia social, etcétera. Si bien, el ser humano no ha completado totalmente su desarrollo biológico al nacimiento, la familia constituye la matriz psicosocial donde el ser continúa su proceso de desarrollo (Macías, 2000).

Por lo tanto, la definición más común del término familia sería: un grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo

techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones. Existen familias nucleares, extensas, extendidas y semiextensas, aunque las primeras son las más comunes tienen con pocos integrantes; las segundas tienen especial importancia en nuestro contexto sociocultural, cuentan con dos o más troncos generacionales completos, comparten techo y recursos económicos; las extendidas que constituyen el resto de la familia o parentela y que no comparten ni el techo ni recurso alguno y las semiextensas que es donde convive bajo el mismo techo uno o dos miembros más de la familia nuclear (Op. Cit.).

Como se menciona anteriormente, la familia cumple con ciertas funciones *psicosociales*, que satisfacen las necesidades de cada uno de sus integrantes, ya sean éstas de orígenes biológicos o afectivos, entre las que describe Macías.

- 1) Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia.
- 2) Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales.
- 3) Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
- 4) Provee los primeros modelos de identificación psicosexual.
- 5) Inicia el entrenamiento de los roles sociales.
- 6) Estimula el aprendizaje y la creatividad.
- 7) Es la transmisora de valores, ideología y cultura.

Una vez que se ha reconocido a la familia como un grupo indispensable en el desarrollo del ser humano, consideraremos que dependiendo de la etapa o situación por la que atraviesa cada una, es el tipo de relaciones y conductas que se manifiestan. Ahora se abordarán las diversas etapas por la que atraviesa una familia, conocido como el ciclo vital, que tiene origen, desarrollo y final. Cabe aclarar, que la continuidad de las etapas no siempre se darán en un mismo orden para cada familia o que no se den simplemente, lo que dependerá del desarrollo de cada grupo sistémico; a continuación se describen brevemente cada una de ellas.

I.- Los antecedentes (Fases preliminares), dividida en las fases: 1) El desprendimiento de la familia de origen, 2) El encuentro y el cortejo, 3) El proyecto de pareja y la decisión de serlo, 4) El matrimonio: compromiso de vida y constitución formal de pareja.

II.- El inicio (Fases tempranas), en las fases de: 5) Integración inicial y decisión de ser familia, 6) Advenimiento de los hijos (nuevos roles), 7) Familia e hijos pequeños (lactancia, infancia).

III.- El desarrollo (Fases intermedias), con las siguientes fases: 8) Familia y época preescolar, 9) Los hijos y la escuela, 10) pubertad y adolescencia de los hijos, 11) Los hijos jóvenes-adultos.

IV.- La declinación (Fases tardías), con las fases de: 12) El desprendimiento de los hijos, el nido vacío y el reencuentro como pareja., 13) Las nuevas familias (nuevos roles), 14) Vejez y muerte de uno de los cónyuges, o bien disolución de la familia nuclear (Op. Cit.).

Este proceso de la familia sigue siendo vigente, aunque con sus respectivas modificaciones, se pueden observar las fases, que delimitan las etapas de estas con diferentes características y números de miembros. Así mismo, cada uno de los miembros asumen cargos y responsabilidades que apoyen o no a sus propias familias.

Como ya se ha mencionado, es la mujer quien asume el papel de ser madre y esposa, por motivos sociales y culturales se restringe el acceso de las mujeres al mundo laboral y quienes lo tienen encaran el no reconocimiento de su doble jornada de trabajo, donde la primera de ellas comienza en casa con las labores y que son consideradas propias de su género, este trabajo no establece ningún horario de inicio ni de término. La segunda jornada se inicia dentro de un empleo asalariado "trabajo extradoméstico", y al terminar, vuelve a su jornada como ama de casa a continuar con las labores hogareñas (Zamudio, 2001).

Mientras que los hombres están en el mundo laboral, como proveedores de la economía familiar, cuya postura no es del todo cómoda pero al fin y al cabo aceptada, sin cuestionar el hecho de que deben separarse del contacto con los hijos (as) e incluso de la

comunicación con su esposa, ya que socialmente es ella la que debe encargarse de ellos (as) y de lo que su esposo requiera al terminar la jornada laboral.

Tenemos entonces que todavía en muchas familias, hombres y mujeres se limitan a cumplir el *rol* que les corresponde, es decir, lo que cada género está designado a realizar, actividades diferentes en las que uno ni otro pueden intervenir e incluso se les prohíbe que aprendan.

Hasta ahora hemos visto que la familia comprende relaciones de pareja, de filiación (padres a hijos) y fraternales (entre hermanos), las cuales se modifican en función de los cambios en la conyugalidad, esto es, de los modos en que se forman y se relacionan las parejas, en la manera en que se separan o vuelven a unirse. De esta dinámica resulta una diversidad de formas y arreglos familiares cuyas características determinan la estructura de los hogares, sus niveles de ingresos y patrones de consumo, así como las necesidades de vivienda, entre otros.

Es cierto que al hablar de la *familia* como entorno real, debemos olvidar nociones míticas como un hogar ideal, de realización afectiva, comprensiva, recíproca y segura, ya que los datos empíricos muestran a la familia como una organización que tiende a ser conflictiva. La causa de los problemáticas dentro de la vida familiar, se pueden desencadenar por uno o más miembros de ésta, los factores pueden ser diversos y desatar incluso violencia extrema, además puede que esto provoque la disolución de la entidad o bien la separación de alguno de los miembros.

Gelles y Straus (1988; citado en Corsi, 1994) identifican 12 características que pueden incrementar el riesgo potencial de violencia, dentro de la familia:

1) Factor tiempo: El riesgo que supone el que la mayoría de los miembros de la familia pasen más tiempo juntos que con otros grupos.

2) Abanico de actividades: Debido al amplio número de actividades e intereses que existen en una familia, existen también gran número de posibilidades conflictivas.

3) La intensidad de la relación: Los miembros familiares tienen una gran implicación emocional entre sí, y en consecuencia, responden más intensamente cuando se origina un conflicto interno.

4) Conflicto de intereses: Este configura la mayoría de los problemas familiares, debido a que las decisiones tomadas por una persona pueden alterar los intereses de cualquier otro miembro.

5) Derecho a influir: La pertenencia a una familia conlleva un derecho implícito a influir en la conducta de los otros.

6) Discrepancias de edad y sexo: La familia está compuesta de personas con diferente edad y sexo lo cual genera los conflictos culturales.

7) Roles asignados: Normalmente el status y el rol familiar suelen ser asignados en base a características biológicas en lugar de competencias e intereses.

8) Intimidación familiar: El alto nivel de intimidad que posee la familia urbana aísla esta unidad tanto del control social como de la asistencia externa que permite abordar el conflicto intrafamiliar.

9) Pertenencia involuntaria: Existen lazos sociales, emocionales, materiales, y legales que hacen difícil abandonar la familia cuando existe un problema importante.

10) Alto nivel de estrés: La familia nuclear está constantemente sufriendo cambios importantes en su estructura como resultado del proceso inherente al ciclo de vida familiar.

11) Aprobación normativa: Normas culturales profundamente arraigadas legitiman el derecho de los padres a emplear la fuerza física con sus hijos.

12) Socialización dentro de la violencia y su generalización: A través del castigo físico los niños aprenden a asociar amor con violencia; esta asociación se perpetúa más adelante en la relación matrimonial.

Al hablar de estas características podemos observar que así como la familia es innegable fuente de satisfacciones también lo es de conflictos y tensiones en el plano de lo emotivo, generándose así desequilibrios en las dinámicas de vida de la familia así como de sus miembros. En el caso de las mujeres que enfrentan dichos conflictos es probable que algunas logren librar sus problemas sin afectar su estabilidad emocional y por supuesto su salud en general.

Es sabido que uno de las problemáticas que surgen dentro de la dinámica familiar, es la *violencia intrafamiliar*, la cual se define como una situación en la que una persona con más poder abusa de otra con menos, este término alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. Donde entra la denominada relación de abuso, en aquellas formas de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluyen conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación. En algunos casos la agresión se da contra algunos de los miembros de la familia más vulnerables, como pueden ser: la mujer, los niños o los ancianos.

Para Apodaca (1995), históricamente la violencia familiar se ha vinculado a un sistemático proceso de sometimiento contra los miembros más débiles de la familia, es decir, la violencia es una manifestación de poder o de dominio con la intención de controlar a alguien y la forma más evidente de ejercer violencia es a través de la agresión, entendiendo a esta como el propósito de dañar física o psicológicamente a alguna persona.

Dentro del ámbito de violencia encontramos diferentes tipos, como son:

1) Violencia psicológica: manifestada en actitudes que denigran, humillan, avergüenzan o bajan el nivel de autoestima de la persona agredida.

2) Violencia verbal: es aquella en donde las agresiones por lo regular son insultos y ofensas.

3) Violencia física: Se deriva siempre de una agresividad mucho más amplia del carácter psicológico, que suele expresarse en golpes corporales, cometidos con objetos duros, ataque con armas de fuego o blancas.

4) Violencia sexual: Consiste en la imposición de actos de orden sexual contra las voluntad de la persona o cualquier imposición corporal con el fin de obtener una excitación y gratificación por parte del agresor, incluyendo la violación sexual (Stith, 1992).

La intención de puntualizar los modos en que se expresa la violencia intrafamiliar, es para señalar que así como las relaciones personales dentro del ámbito familiar propician situaciones agradables también generan sentimientos negativos y displacenteros, que en varios sectores de nuestro país aún siguen vigentes.

La importancia de hablar de la violencia intrafamiliar es porque consideramos se relaciona con la salud emocional de las personas, específicamente de las mujeres, que como se ha venido señalando es quizá quien más cargas físicas y emocionales experimente, además por considerársele un ser débil, así como ser en ocasiones la que tenga que responder por la falla de algunos de sus integrantes o el mal funcionamiento de su hogar, lo que genera que el resto del grupo o su propio cuerpo (salud) le reclame de una u otra forma.

Por su parte, Anderson (1980; citado en Galeana de Valadés, 1989), señala que los miembros de una familia constituyen entre sí la fuente principal de relaciones afectivas dentro de una sociedad predominantemente competitiva, donde sus miembros tienen también la carga principal de satisfacción de muchas necesidades peculiares de los miembros de la sociedad, que caen fuera del alcance de las instituciones organizadas burocráticamente.

Es en el seno familiar donde se encuentran elementos que cubren necesidades de las personas y los grupos, que no pueden satisfacer otros tipos de organizaciones sociales, dado que la familia es un tipo de organización ligada a procesos emotivos y de interacción personal, tanto formal como informal, cuya importancia es básica para la definición del mundo social del individuo en general. En otras palabras, la vida emotiva, cultural, económica, psicológica, política y social está determinada por la estructura y dinámica del sistema familiar. Donde se dan las siguientes características:

∅ La adaptación y salud mental de la gente está directamente relacionada con lo positivo y favorable que hay sido su ambiente familiar.

∅ La seguridad económica y el bienestar de las personas dependen en gran parte de la forma en que se organiza y administra el patrimonio familiar.

∅ La adquisición de conductas socialmente aceptadas depende básicamente de la forma y solidez con que los individuos hayan sido socializados (Galeana de Valadés, 1989).

Así la posición social que ocupa cada persona dentro del medio en que se desenvuelve, en gran medida es determinada por su historia familiar, donde la mujer integrada a una familia puede a la vez ocupar varias posiciones sociales, como son la de esposa, la de madre y la de ama de casa que se identifican con el conjunto de expectativas que los grupos tienen de cada integrante.

Además menciona que las expectativas que se tiene de la función femenina dentro de la familia, y algunas de ellas son las siguientes:

∇ Como esposa: se espera que sea el apoyo del guía de la familia, que vigila que se cumplan las normas y disposiciones dictadas por el esposo. Se espera que sea también la compañera sexual y social de su marido, que a la vez que proporciona también recibe satisfacción de necesidades, tanto básicas como afiliativas y de estima.

∇ Como madre: se espera que sea la que tenga y cuide a los hijos que la naturaleza y las normas de la familia se lo permitan. Se espera también que sea la educadora, la socializadora y la que forme la personalidad de esos hijos; por lo tanto es la principal responsable de transmitirles la cultura y la estructura social que ella asimiló en su familia.

∇ Como ama de casa: se espera que cuide y proteja a los suyos, dentro de sus límites y posibilidades de recursos y habilidades para hacerlo. En este nivel se encuentra también la expectativa de que sea ella la responsable del cuidado y arreglo de la casa, con el fin de que la familia se desarrolle en las mejores condiciones ambientales posibles.

Podemos deducir, que este sistema persistirá de la misma forma por mucho tiempo, dado que la mujer es quien transmite las costumbres, ideas y creencias a sus propios hijos, quienes harán lo propio con los suyos, y así sucesivamente. Así nuestra información como personas sociales, seamos hombres o mujeres, consiste en que reunamos todos los requisitos y condiciones para que cada uno de los miembros de nuestra familia de origen, se desarrolle en óptimas condiciones y posteriormente integre a su vez la propia.

En cuanto a la perspectiva que se tiene del papel de la mujer en la familia del futuro, de acuerdo a los roles aprendidos es que ella como madre de familia, los transmite a la siguiente generación, por lo que parecería que no hay posibilidades de cambio en nuestra estructura social que pueda favorecer el desenvolvimiento y desarrollo de la mujer de nuestro medio en otros espacios y posibilidades (Op. Cit.).

Así podemos destacar que con las nuevas dinámicas familiares, que ahora sean también los hombres los encargados de transmitir valores y formas de ser a sus hijos e hijas, que conforme crecen con perspectivas diversas podrán hacer lo mismo con sus hijos.

Actualmente hay madres que ya están educando a sus hijas con un estilo distinto: puesto que les transmiten los mismos valores, creencias y convicciones que ellas tienen acerca del matrimonio, la maternidad y la atención del hogar, pero además de la formación que requieren las hijas para que adquieran las habilidades necesarias para desempeñar adecuadamente estos roles, las están concientizando de la necesidad de adquirir, otra serie de habilidades y repertorios conductuales que les permiten participar en otros ámbitos sociales, como son el sector productivo, al ámbito político, entre otros. Todo esto, con el fin de que no sea el matrimonio el único objetivo de su vida, y si éste no es del todo exitoso, ella pueda ser autosuficiente, independizarse y tener éxito en forma individual sin tener que depender económica y socialmente de una relación civil, mantenida artificialmente sólo por la presión social o por la falta de recursos propios (Sánchez 1989; citado en: Galeana de Valadés, 1989).

Mientras que la mujer sea la dadora universal de amor, no recibirán una contrapartida que las compense de sus renunciaciones y su entrega a los otros. Por ello podría afirmarse, que no sólo las mujeres son más dependientes porque con frecuencia carecieron desde el nacimiento de la satisfacción –en igual medida que el varón- de sus necesidades primarias de amor (del deseo materno...), sino también porque a lo largo de la vida no obtienen la nutrición amorosa de la que, sin embargo, ellas proveen. En efecto, los hombres manifiestan una menor disponibilidad y entrega afectiva –en calidad y cantidad-respecto a las mujeres de la que ellos reciben de éstas. De este modo, el amor y la dependencia femenina permitirían a los hombres negar sus propias necesidades de amor y dependencia, por lo que es más real afirmar que mientras que las mujeres dependen de los hombres, éstos dependen de la dependencia de las mujeres hacia ellos (González de Chávez, 1993).

Muy a menudo las hijas están destinadas a cubrir las necesidades emocionales, de posesión y dominio materno, dado que la madre carece de otro ámbito donde satisfacer tales necesidades; ello es sobre todo, evidente cuando no existe una relación recíprocamente deseante en la pareja, pues en tales casos, el padre no cumple su función (como ley, Prohibición) de separar a los hijos de la madre y ésta utiliza a sus hijos, y de modo especial, a sus hijas para satisfacer sus demandas; demandas que en cualquier caso están acrecentadas por todos los factores enunciados (Op. Cit.)

No dejemos de lado la trascendencia de los *afectos* en la vida de toda mujer o en un sentido más amplio de todo ser humano, por lo que tenemos que hablar del otro(s), tratase de un hijo, la pareja, o los padres; donde sin duda, quien tiene mayor peso dentro de dicha vida afectiva es el *hijo (a)*. Lo que nos invita a reflexionar acerca de la importancia de la maternidad como una experiencia única en las vidas de las mujeres (en un sentido genérico), es decir, llena de emociones y afectos que serán distintos para cada mujer, lo que sin duda nos lleva a un mundo de conocimientos relevantes dentro del campo de la psicología.

A propósito de los afectos de la mujer es necesario recordar que uno de los más importantes dentro de su vida, lo constituye el hijo o los hijos(as), pues representa una experiencia que la mayoría de las mujeres pasan, ya sea por obligación, elección propia. Ya

que en la medida en que transcurre la vida de una mujer habrá momentos en que la propia familia o medio social le recuerde acerca de su deseo de maternidad, independientemente de si tiene hijos propios o si sólo la experimenta por medio de la adopción, de ahí que se diga que la mayoría de las mujeres son madres.

2.2. La maternidad como condición inherente en la mujer.

Nada hay, salvo la función maternal, que sea exclusivamente masculino o femenino, y al hablar de ésta nos referimos al binomio “madre-niño”, como un todo sociológico, fisiológico y emocional (Lombroso, citado en: Aguirre de Cárcer, 1989). Pues al ser la cultura la que indica a cada género sus deberes, aún cuando estos puedan ser realizados por ambos, en el caso de la maternidad se sabe que la mujer debe, puede, sabe, y desea ser madre quizá como experiencia preponderante.

Si la experiencia de maternidad es una condición inherente para casi toda mujer, se debe tanto a su capacidad reproductiva, como por la imposición social a la que se ven sometidas socioculturalmente, incluso afectivamente existe cierta presión psicológica por parte de la pareja o de las familias, por ejemplo de un joven matrimonio, que insistirán de alguna forma en un embarazo sea a corto o mediano plazo. Es ante tal situación que se decide sobre el deseo de maternidad, lo que depende de muchos factores; como si ella considera o no adecuado el momento, por economía, falta de tiempo, si su situación laboral o profesional es exitosa, donde tendría que planificar en base a dichos elementos la espera de un bebé. Aunque sabemos que el papel de madre y esposa, no es muy reforzado socialmente; ya que en el aspecto cultural, económico y legal no tiene muchas ventajas, recordemos que el trabajo de la mujer dentro del hogar es “invisible” puesto que no genera riqueza económica alguna.

A su vez, dependiendo de la elaboración de su historia personal, será la forma en que cada mujer experimentará o vivirá su maternidad o proceso de embarazo, desde la planeación de éste hasta el recibimiento hacia el futuro hijo; si tiene un nombre para él, el

lugar que tendrá dentro de la familia, la ropa, los muebles e incluso el cuidado cuando el niño (a) nazca o esté ya presente en el plano de la realidad.

Aún cuando la noticia de un embarazo es recibida con agrado, los cambios sufridos en la condición socioeconómica de la mujer con la industrialización y la ocupación plena producen nuevos conflictos a la embarazada, ya sea porque el embarazo puede perturbar la carrera profesional y disminuir los ingresos del grupo familiar, donde está por demás mencionar que será necesario destinar un dinero (para la asistencia médica y sanatorial) del cual se esperaba obtener una mayor comodidad para toda la familia. Así como considerar el aislamiento del núcleo familiar y la pérdida de los vínculos estrechos con los allegados (la familia extensa) que se produce en la asistencia médica de la embarazada, en servicios hospitalario muy tecnificados, que la someten a un nuevo tipo de "stress" (Medina , 1998).

Podemos señalar, que a pesar de todos esas visitas de asistencia a servicios médicos en que se haya la mujer durante la maternidad, para muchas de ellas será una experiencia gratificante, haciendo a un lado las molestias a nivel físico o el alejamiento de su familia, ya que han cumplido con el ideal o expectativa que les ha sido inculcado; así el paso que sigue es el cuidado y educación brindados a lo largo de los siguientes años.

Una vez que el niño(a) ha nacido, es importante la primera relación con la madre, ya que es uno de los procesos culturales más complejos; en breve tiempo, la madre logra el proceso de humanización, le enseña su cultura en comprimidos infantiles: los sistemas de usos y de expectativas para sí y para los demás; qué es ser hombre y qué es ser mujer; en qué condiciones se obedece: cuándo y quién manda. Lo hace de manera y contenidos diferentes si se trata de un hijo o de una hija, contribuye a la formación genérica de roles, actividades, identidades, formas de comportamiento, actitudes y necesidades. Durante toda la vida la madre reproduce ya sea por medio de sus dones, cariños, castigos, y negativas, con su lengua materna, con su cuerpo, enseña al niño no sólo a sentir, a pensar y necesitar, sino cómo sentir, cómo pensar y qué necesitar (Lagarde, 1993).

De hecho la madre hace una adaptación para la educación de cada género, en que la relación, los afectos, y el trato serán distintos si es el primer hijo o el último, si es el cuarto

o el nacido después de un aborto, si se trata del hijo de la separación o del reencuentro con la pareja; si ella tiene pareja y si esa pareja está dispuesta a asumir la paternidad, si es soltera o pertenece a algún grupo de mujeres que tienen prohibida la maternidad; si lo engendró en la salud o en la enfermedad, en el amor o en la violencia; si el hijo es el producto de un ofrecimiento religioso o amoroso, si el embarazo fue una última oportunidad de acuerdo a su edad, si se trata del ‘hombrecito’ después de varias mujeres, o si ‘salió mujer’ cuando se esperaba hombre (Op. Cit).

Siguiendo con las aportaciones de la maternidad encontramos que Dolto (1998), señala que el deseo inconsciente de procrear está siempre presente para el narcisismo de la mujer y forma parte integrante de su goce, esté ella conscientemente de acuerdo o no con ese deseo y su posible realización en una concepción. Además de ella es de quien depende la civilización, el ímpetu, el valor del cónyuge, la supervivencia del cuerpo de sus hijos y su salud simbólica, que no puede nacer sino de los cortes con su pasado, mediatizados por palabras que los inician entonces en la vida del grupo de su nivel de edad y a su desarrollo.

Respecto a la aportación de dicha autora podemos decir, que hace énfasis en que para casi cualquier mujer el hecho de la maternidad es inseparable dentro de su desarrollo personal, ya que no sólo está capacitada biológicamente para hacerlo sino que además psicológicamente existe un deseo latente de serlo. A su vez, dependiendo de la elaboración de su historia personal será la forma en que realice dicha maternidad, ya que puede quizá ser madre soltera, casada, o bien no tener hijos, lo que puede deberse a decisión propia, por incapacidad física o falta de pareja, y a pesar de esto, aun así ser ‘madre’ de otros por el hecho de hacerse cargo de hermanos, sobrinos, o demás personas cercanas a ella.

Al respecto Dolto (1988; citado en Dolto, 2000) señala lo siguiente: ‘He encontrado mucho sufrimiento en las mujeres que no tienen tantos hijos como ellas hubieran querido, quiero decir su *cuerpo y sus pulsiones maternas*. Ya que el deseo de tener hijos en los seres humanos es simbólico y está arraigado en el deseo amoroso por su cónyuge, pero la necesidad de tener hijos existe en los seres humanos, sobre todo en las mujeres, independientemente del amor por un cónyuge. Cuando esta necesidad se espera, se

reconoce como legítima, aunque poco razonable a veces, hace sufrir mucho menos a las mujeres. Por otra parte, numerosas patologías psicosomáticas, ginecológicas y estados depresivos vienen de ahí. Las mujeres deben poder expresar estas frustraciones y utilizar su libido, es decir, su deseo de todos los niveles de expresión, con y para los otros, “trabajando” de distinta forma que sólo con la carne.’P.15 -16

En este sentido, la maternidad significa ir mucho más allá de tener hijos de carne, implica la afectividad y al amor hacia el otro, el hecho de poder brindar cuidados y atención hacia otros(s), lo que quizá tiene que ver con que somos seres sociales, y que al ser una necesidad para todos los seres humanos lo es más para la mujer quien por tradición está inmersa en una dinámica de cuidado y amor hacia el otro.

Es sabido que desde siempre la maternidad ha sido considerada la más alta función de las mujeres; se afirma que están preconcebidas para ello, que es su vocación innegable, “la única razón de su existencia, la mayor ilusión, la máxima realización, etc.” En la sociedad mexicana, se dan ciertos factores por los que se califican de santas abnegadas a las mujeres que contribuyen a la prolongación de la familia “con su noble y alto ejercicio de la maternidad” (Medina, 1998).

Sin embargo para nuestra sociedad hay gran diferencia entre la mujer casada y la soltera, esto puede deberse a que se tiene la creencia difundida entre las mujeres de que si otorgan la virginidad, la sexualidad, erótica a un hombre, se lo aseguran como esposo o como pareja; a algunas les funciona, se convierten en madre-esposas; otras en cambio son repudiadas y abandonadas, funciona sobre ellas la desvalorización coercitiva de la sexualidad dominante, donde el hombre no asume ni su responsabilidad con ellas ni su responsabilidad con el hijo. Esas mujeres inician el camino de madres-solas, pero lo importante no es que no estén casadas sino que la maternidad la enfrenten sin paternidad; son instituciones complementarias; hay que decir también que hay casadas que son en realidad madres-solas, por la ausencia real y simbólica del varón.

Es decir, la madre soltera, se enfrenta al abandono del hombre, y lo que esto implica: la carencia de cónyuge y la soledad, así como la responsabilidad de la maternidad sin paternidad. En algunos casos, dichas madres tienen más de un hijo, otras se casan en una segunda oportunidad, en este sentido es difícil que los hombres tengan responsabilidad alguna respecto al hijo(s) ajeno. Mientras tanto, por temor a la anticoncepción, al aborto, o por la creencia de que con el hijo obligan al hombre a quedarse.

Un dato que es importante agregar es que las madres solteras, generalmente son mujeres pobres en el sentido de clase o de miseria social (desprotegidas, suburbanas, sin familias que las protejan, o tan pobres que cualquiera abusa de ellas) es decir, mujeres que no cuentan con los atributos necesarios para desenvolverse de acuerdo al estereotipo. Cabe señalar que no se puede generalizar en el sentido de que todas las madres solteras pertenecen a un determinado grupo social, puesto que en las últimas décadas dicho fenómeno se multiplica en diversos estratos sociales y en diferentes edades, aunque en su mayoría se da en mujeres jóvenes.

Tenemos entonces, que la cultura y la sociedad no reconocen que la familia no implica la conyugalidad, o que la díada madre-hijo es una nueva forma social (nueva por su carácter de fenómeno masivo, emergente, en expansión), y los perciben a partir de la familia y el matrimonio, tanto a nivel social, como jurídico, moral y éticamente.

Así, la mujer en su condición de madre, casada o soltera, se enfrenta a una de las situaciones más difíciles, sobre todo en nuestros días donde el ser madre y esposa, ya no son las únicas metas y expectativas de muchas mujeres, dichas decisiones implican que estará afectan o no las demás esferas en la vida de una mujer en edad reproductiva. Volvemos nuevamente al punto que independientemente de la decisión que cada mujer tome respecto a su maternidad, tendrá consecuencias que de una u otra forma afectarán su equilibrio en cuanto a salud física y emocional; puesto que si decide adoptar el clásico papel de madre y esposa, estará esclavizada gran parte de su vida y si no lo acepta quizá tenga sentimientos de culpa por su “egoísmo” o bien puede intentarlo todo, ser madre,

esposa, desempeñarse en algún trabajo y a su vez a cumplir dobles o triples jornadas de trabajo no reconocidas plenamente en tanto desgastantes física y emocionalmente.

2.3. La dinámica familiar de la mujer actual.

Sabemos que las diversas formas en que actualmente se desarrolla la sociedad, han dado paso a nuevos estilos de vida para las familias y por ende para las mujeres, que si bien antes estaban sólo inmersas en las esferas del hogar y la familia. Encontramos que ahora se empieza a ver como es que se dedican además a desempeñar algún estudio y/o labor o profesión, lo que combinan con el mantenimiento de su hogar; situación en la que se enfrenta así a una carga fuerte de trabajo; que comprende cada una de dichas facetas, además del auto cuidado, es decir, el mantener su salud y cuerpo en forma estéticamente aceptables tanto para su pareja como hacia la sociedad.

Aunque sabemos que el paso de los años trae consigo cambios a nivel social que a su vez influyen en la vida de los individuos, encontramos lo que refiere Lipovetsky (2000) al respecto. A principios de los años setenta, las mujeres invocan motivos económicos para justificar su actividad profesional: mejorar el presupuesto familiar, permitir que los hijos prosigan sus estudios, tan sólo una minoría de mujeres reconocen trabajar por gusto o con objeto de ser independientes, por lo que se observa que el matrimonio y los nacimientos interrumpen cada vez menos la vida profesional femenina que traduce un compromiso más profundo, más identificado con este estilo y además ellas expresan mucho más que antaño deseos de desarrollo personal en su actividad remunerada. Así el trabajo femenino ya no se contempla como un mal menor, sino como una exigencia individual y de identidad, condición para realizarse en la existencia, un medio de autoafirmación.

A través de la nueva cultura del trabajo, las mujeres expresan la voluntad de conquistar una identidad profesional en el estricto sentido de la palabra, más ampliamente, el deseo de que se las reconozca a partir de lo que hacen y no de lo que son “por naturaleza”, en cuanto mujeres; el ciclo de la posmujer de su casa ha hecho entrar de lleno

a la mujer en el universo competitivo y meritocrático tradicionalmente reservado a los hombres (Op. Cit.).

¿Cómo no establecer la relación entre el cambio de imagen de la mujer en el trabajo y el surgimiento, y posterior auge, de la sociedad de consumo de masas a partir de mediados del siglo? Ahí radica el meollo del problema: la *affluent society* es la que, fundamentalmente, ha puesto fin al prestigio secular de la mujer de su casa. Dos series de fenómenos han convergido en este sentido.

1) Una economía basada en la estimulación y la creación incesante de nuevas necesidades tiende a favorecer el trabajo femenino en cuanto a la fuente de ingresos suplementarios imprescindible para participar en los sueños de la sociedad de la abundancia. Cuanto más crece la oferta de objetos, de servicios, de pasatiempos, más se intensifica la exigencia de aumentar los ingresos de la familia, sobre todos gracias al salario femenino, a fin de estar a la altura del ideal consumista.

2) En segundo lugar, la sociedad de consumo ha generalizado un sistema de valores antinómicos con la cultura de la mujer de su casa; al difundir a una escala desconocida hasta el momento los valores del bienestar, del ocio, de la felicidad individual, la era del consumo ha descalificado la ideología de sacrificio subyacente en el modelo de la ‘perfecta ama de casa’. Donde la nueva cultura, centrada en el placer y en el sexo, las diversiones y la libre elección individual, ha desvalorizado un modelo de vida femenino vuelto más hacia la familia que hacia sí mismo, ha legitimado los deseos de vivir más por –y para- uno mismo (Lipovetsky, 2000).

Es ante esta nueva dinámica familiar ante la que se desenvuelven las formas de vida (en su mayoría en el siglo XXI) y poco a poco refleja nuevas problemáticas en la forma de desarrollo y/o calidad de vida. Lo que genera patrones de vida distintos en los que esas excesivas cargas de trabajo pudieran desencadenar estados de estrés y/o ansiedad, o bien ante la falta de tiempo para esparcirse o divertirse e incluso descansar en la mujer actual enfrenta ahora problemas de inestabilidad por exigirse tanto así misma, a su vez recibir esa

demanda por parte de diversos sectores, como son, su familia, su trabajo y su propia persona o cuerpo que le reclama esa carga de tensión o esfuerzo y puede generar ya problemas de salud sino física si emocional.

Así es como en nuestro momento socio-histórico, el trabajo extrafamiliar, según opina la generalidad de las mujeres, especialmente las jóvenes, es no sólo un modo de alcanzar la independencia económica y el bienestar material, sino también una forma de “realización” personal; es decir, se contempla como un procedimiento para conseguir una autoestima y una autoimagen suministradora de satisfacciones suficientes para mantener la estabilidad emocional (Toro, 1995).

Como estamos viviendo en un período de transición, no estamos suficiente definidos, ni establecidos, ni aceptados, los rasgos definitivos de los nuevos papeles; todavía hay mucha ambigüedad lo que conlleva incertidumbre y ansiedad, donde esa transición entraña otro problema, el papel “antiguo” debe convivir con el contemporáneo. Así la mayoría de las mujeres deben compaginar su vida laboral en condiciones semejantes a las del varón, pero con obligaciones domésticas cuantitativa y cualitativamente propias de la época que parece acabarse. La sobrecarga de responsabilidades y esfuerzo es evidente; pero desde una perspectiva más subjetiva, la necesidad de triunfar laboralmente se suma y superpone a la de hacerlo personalmente, físicamente (Op. Cit).

Donde nuestras pautas culturales han ido dibujando un tipo de mujer ideal difícilmente asequible sin consecuencias negativas para la mayoría de ellas, se trata de la *supermujer* (Gordon, 1990; citado en Toro, 1995). Este nuevo modelo se encarnaría en una mujer competente, ejecutiva y ambiciosa, pero al mismo tiempo debe seguir siendo atractiva, complaciente e incluso no asertiva y además de ser delgada; sólo así parece resultar atractiva, reuniendo ciertas características personales positivas; incrementándose sus posibilidades de encontrar trabajo y disponer de oportunidades para mejorar laboral y socialmente.

Además los cambios que está experimentando el papel de la mujer tienen otras implicaciones; su progresiva integración en el mundo laboral, político y social, conlleva una reducción paralela de sus actividades domésticas, lo cual especialmente es cierto en las generaciones jóvenes. No es ya la vida hogareña el principal objetivo de la mayoría de las mujeres, o si lo es, pretenden hacerlo compatible con las metas laborales-sociales que persiguen. Este hecho está dando lugar a una auténtica revolución social (y no sólo en los concerniente al papeles de la mujer); la cantidad de parejas que contraen matrimonio se ha reducido notablemente en lo últimos años, mismo caso para el número de maternidades sobre todo en Europa (Op. Cit.).

En el desempeño de su papel la mujer actual, debe triunfar social y laboralmente como un varón y seguir funcionando interpersonal-afectivamente como mujer. En palabras del afamado diseñador de moda Calvin Klein es:

“una mujer que ocupa puestos importantes en compañías importantes, que lucha por sus derechos y su independencia y que, al mismo tiempo, cuida de sus hijos y de su hogar. Una mujer a la que se le exigen un montón de responsabilidades además de ser inteligente, cuidar de su cuerpo, hacer ejercicio y ponerse a dieta” (Castellano, 1994; citado en: Toro, 1995).

Es ante estas nuevas dinámicas de vida que la mujer experimenta, o siente como su cuerpo femenino sigue siendo -así lo tiene interiorizado toda mujer- su elemento básico de atractivo interpersonal, de valoración social, incluso de aceptación en el entramado laboral. Las exigencias sociales concernientes a la estética corporal deben ser asumidas por la mujer al igual que en tiempos anteriores, pero además debe funcionar satisfactoriamente en sus andanzas profesionales, donde los diversos papeles se confunden, superponen e interfieren: profesional, sexual, maternal, conyugal, doméstico, interpersonal... Su multiplicidad y confusión probablemente resultan ser ominosamente definitivas en la difícil situación que suelen atravesar muchas de las mujeres actuales (Op. Cit.).

Tenemos que eso ocurre cuando la mujer decide ser eso que se supone debe ser la mujer actual, una “supermujer” capaz de realizar diversas actividades con el máximo de rendimiento en cada una de ellas, ya que sólo así estará demostrando que puede con todo, que es cierto que puede seguir siendo tanto, una buena ama de casa como una mujer que se realiza en el plano profesional y que además es “buena” madre, esposa y que por supuesto tiene tiempo para ella misma, lo que implica cuidar de su cuerpo y salud, para lo que la sociedad ha implementado una serie de productos que prometen ayudar a trabajar menos, por ejemplo, el microondas, la comida preparada o enlatada, las lavanderías, las guarderías, los gimnasios u aparatos y/o medicamentos que prometen una buena figura sin muchos esfuerzo, y por todo ello claro está solo se pide a cambio dinero, lo que implica la venta de las fuerzas u tiempo de las mujeres y hombres que desean llevar un nivel de vida moderno, es decir, con cierto confort y felicidad, por poder ser parte de una sociedad que ya admite el ingreso de las mujeres en la economía social y familiar, como vemos es un círculo vicioso, porque siempre, se ha vendido algo a la mujer, sino la educación o estilo de vida que debe llevar, hasta la forma en que debe vivir, lo cual es reforzado o implementado por los medios masivos de comunicación, como son la televisión, el radio, las revistas, el cine, las canciones, internet, etc. claro está todo ello de acuerdo a la época y posibilidad económica de cada mujer o grupo social de éstas.

Lo que en nuestros días resulta cada día ser más frecuente, ya que ahora las mujeres no se conforman con la asignación tradicional de ser madre y esposa, puesto que además aspiran a desarrollarse en otras facetas como son el medio profesional y/o laboral, donde demuestran que pueden realizar actividades para el beneficio de sí mismas y de su comunidad, así hay muchas que realizan sus actividades de tal forma que a la par que cuidan de su hogar e hijos, también dedican su tiempo y esfuerzo a su trabajo o profesión que les significa en igual medida que su desarrollo personal, de hecho en ese inter en el que desenvuelven muchas mujeres hoy en día. También nos resulta claro que no podemos asegurar qué porcentaje de la población se comporta así, podemos sugerir que cada una de estas cargas física y emocionales, van generando poco a poco en las mujeres problemas de salud a nivel integral, ya que el desequilibrio puede ser físico por exceso de trabajo, falta de

descanso y distracciones, o bien a nivel emocional por preocupaciones y ocupaciones, lo que si no es atendido con precaución puede generar problemas de salud.

Al respecto Dolto (1988, citado en Dolto, 2000) sugiere que: Una mujer puede encontrar su desarrollo completo fuera de la sexualidad, fuera de las satisfacciones físicas genitales, relaciones sexuales felices y maternidades conseguidas; por supuesto, se han visto sublimaciones religiosas, artísticas, culturales, donde dichas mujeres no tenían hijos de carne, sino hijos espirituales. Las mujeres no están interesadas en la ‘paternidad’ de lo que hacen, es decir, ser reconocidas como ‘autoras’ de su fecundidad. Están tan seguras de ser madres de lo que ellas crean que no tienen necesidad de que las personas se lo reconozcan desde el momento en que su obra vive. Hacen lo que tienen que hacer, y eso les parece natural; mientras que los hombres tienen necesidad de dejar su nombre en su obra, en sus hijos; deben dejar rastro de su actividad creadora, y eso seguramente es algo que hay que respetar.

Es así como encontramos que las mujeres actualmente se desarrollan en distintas áreas además de la maternidad y familia, en algunas ocasiones encontraremos que combinan todas las actividades o bien que se dediquen exclusivamente a una de ellas, sea la familia e hijos o el área laboral. De hecho hoy en día ya podemos encontrar a mujeres con carreras exitosas y con importantes puestos de trabajo y sin hijos ni familia, ya que al dedicarse sólo a tales actividades no han otorgado un espacio para lo demás, o viceversa hay otras tantas mujeres que al igual que en tiempos pasados se dedican sólo a los hijos y hogar. Así cada una de estas mujeres anhela realizar la faceta faltante, cuestionándose si lo que eligió es lo mejor.

Encontrando que independientemente de la situación elegida, las mujeres se van a estar enfrentando a conflictos relacionados con su vida cotidiana, lo que puede alterar su estabilidad y/o bienestar integral. Así a continuación abordaremos la temática de la salud comprendida no sólo en su aspecto físico sino también psíquico en las mujeres de hoy día.

CAPÍTULO 3

LA SALUD DE LA MUJER

3.1. Proceso de salud – enfermedad en la mujer.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como “un estado de bienestar completo, que incluye los aspectos biológicos, psicológicos y sociales”. Razón por la que a lo largo de este apartado se hará referencia al término de salud desde un punto de vista biopsicosocial, entendiendo que para estudiar la temática de la mujer respecto a su particular proceso de salud, se deben abarcar varias esferas, como su proceso de salud, el cuidado a su propio cuerpo, así como la interrelación entre maternidad, familia, trabajo y hogar, ya que constituyen los espacios donde se manifiesta.

En palabras de Isua (1987), la salud está acompañada por un sentimiento de bienestar, por la carencia de dolor y de incapacidades; mientras que la enfermedad implica un derrumbe de las funciones adaptativas y homeostáticas del organismo, es decir, una forma de adaptación inadecuada, en tanto el concepto se aplica tanto a las enfermedades mentales como a las estrictamente somáticas. El medio social contiene factores de salud y enfermedad, de cuyo equilibrio se explica por qué frente a las mismas adversidades algunas personas enferman y otras pueden mantenerse exentas de ello; es así como los individuos, las familias y sociedades tienden a trazar una demarcación entre lo sano y lo enfermo, en tanto cada uno arroja sus ideas y afectos perturbadores, donde las familias portadoras de conflictos internos severos sobreviven a expensas del depósito de la mayor carga de sufrimiento en alguno de sus integrantes.

Se ha observado además que los factores sociales capaces de enfermar, representan expresiones de una sociedad llena de conflictos; donde las personas o familias pueden padecer diversas perturbaciones emocionales o de otra índole, a raíz de la acción nociva de tales conflictos sociales, que en sí mismos representan también enfermedades. El individuo y su medio ambiente se interrelacionan y procuran ajustarse mutuamente, por lo que hay

diferencias entre las distintas culturas en cuanto a comportamientos y enfermedades. El hecho de que las ciencias humanísticas, como la psicología social, la filosofía, la sociología, la antropología y tantas otras, hayan cobrado mayor importancia en los últimos años, en todos los escenarios del mundo, indica una mayor conciencia del hombre acerca de sus conflictos más existenciales y de la imposibilidad de darles solución si no a través de la reflexión y de la investigación racional de su mundo histórico, social y cultural (Op. Cit.).

Dado que todo individuo, se encuentra inmerso en distintas actividades de su vida cotidiana es común ver que en diferentes esferas de trabajo y familiar existen conflictos internos que puede desencadenar un estado de estrés y a su vez el cuerpo resentir dichos cambios y convertirse en un malestar físico específico, es decir un proceso lineal de salud-enfermedad.

Si observamos que la salud individual y colectiva es un proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales que influyen en ellas y la modifican, bien se puede considerar que una red multicausal es la que determina la salud, la enfermedad y la muerte en todas las etapas del ciclo vital, el peso de los factores no se distribuye de manera uniforme en todos los individuos ni en el transcurso de la existencia. Así los niños y las mujeres suelen ser más vulnerables que los hombres adultos; a su vez, los grupos cuyas condiciones de vida son desfavorables enfrentan riesgos mayores que los de un buen nivel socioeconómico (Langer y Tolbert, 1998).

Esta vulnerabilidad diferencial se debe a las características biológicas por las que ciertos individuos que se encuentran en ciertas etapas de la vida, resultan particularmente susceptibles a circunstancias del entorno; por ejemplo, el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo de los niños constituyen procesos complejos y delicados que pueden desviarse hacia la enfermedad y la muerte por múltiples factores biológicos y sociales. En el caso de las mujeres, las características anatómicas y fisiológicas propias de la reproducción y del

sexo femenino se suman la discriminación y la frecuente falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad (Op. Cit.).

Aunque actualmente en nuestro país se han desarrollado una serie de reformas que se ocupan más de la salud femenina e infantil, aun existen ciertos sectores que no alcanzan estos beneficios, tales como las comunidades rurales, niños de la calle, mujeres con vida sedentaria, etc., por lo que es importante que dicha situación se modifique, y que las instituciones pongan mas atención a estos sectores. En el caso de las mujeres encontramos cambios, donde el rol de la mujer ya no está directamente relacionado con la maternidad y la vida exclusiva al hogar, pudiendo entrar a otros campos como son el trabajo remunerado y la vida profesional; e idealmente se preocupan más por su salud y bienestar en general.

Sin embargo, la mayoría de los seres humanos desarrollan trastornos en su cotidianeidad como signos de su dificultad de adaptarse a situaciones cada vez más complejas, que a su vez pueden generar estrés, ya que no son más que respuestas adaptativas laboriosas frente a la doble exigencia de responder con la mayor velocidad y eficiencia posibles a las exigencias de una cultura contemporánea, lo que genera una mejor adaptación. En fin consecuencias de este cotidiano vivir en tal situación son los trastornos psicosomáticos, los cambios en las costumbres, los problemas del carácter y las perturbaciones neuróticas.; así cuando las condiciones aumentan en dificultad y superan en magnitud a las posibilidades defensivas, o son demasiado complejas, ambiguas y conflictivas, generan angustia, peligro o desesperación, indicándose con ello la caída de recursos adaptativos y el ingreso a una zona crítica donde el área somática se convierte en escenario del enfrentamiento entre el hombre y sus circunstancias (Isua, 1987).

Sabemos que las mujeres se enfrentan a estas situaciones adaptativas cotidianamente ya sea en el ambiente familiar y/o laboral, sucede que en algún momento las situaciones que les produce estrés superan el buen desempeño de las mismas, generándose así nuevos conflictos que se vinculan con su salud y las relaciones más cercanas. Sin embargo todas esas ocupaciones de la mujer actual, le hace pensar que está bien físicamente cuando no siente algún dolor o éste no afecta el desempeño de sus actividades, más aún en casos

donde tienen varias actividades que desarrollar, como atender su hogar, cuidar a los hijos, asistir al trabajo e incluso ir a la escuela, por lo que quizá se enfrenten con situaciones marcadas de estrés o cansancio extremo que no le permita continuar con su vida normal; y si dichas mujeres no están acostumbradas a identificar los “mensajes” de su cuerpo, pueden ir enfermando sea física o emocionalmente sin darse cuenta, o bien percatarse de su estado cuando ya las molestias o enfermedad afectan el desarrollo de su vida cotidiana.

Respecto a estos mensajes corporales Leventhal (citado en Latorre y Beneit, 1997), menciona que, dichas representaciones son como esquemas que la gente elabora sobre sus enfermedades, dolores o malestares en general, los que incluyen diferentes factores o variables como las siguientes:

- * Identidad: Se trata de variables que identifican la presencia o ausencia de una enfermedad, etiquetando la enfermedad o describiendo sus síntomas.

- * Consecuencias: Se refieren a la percepción que la gente tiene acerca de las implicaciones (físicas, sociales, económicas) que tendrá la enfermedad así como las reacciones emocionales que podrán surgir como consecuencia de la misma.

- * Causas: Se trata de las ideas que tienen las personas sobre la etiología o la causa de la enfermedad (herencia, contagio, etc.).

- * Duración. Referida a la expectativa de la persona acerca de la evolución y el tiempo que durará la enfermedad.

Es así como la combinación entre dichos factores da lugar a diferentes esquemas o modelos de enfermedad, donde cada persona elaborará el propio en base a su historia personal o fuentes de información respecto a una enfermedad, será en que se desarrolle o cure su enfermedad.

Por su parte, Hinkle (citado en, Bakan, 1979) encontró que los sujetos víctimas del mayor número de padecimientos tienden también a manifestar psiconeurosis, psicosis y otros trastornos del pensamiento, el estado anímico y la conducta, donde los males de estas personas propensas a la enfermedad tienden a concentrarse en el tiempo y a coincidir con

épocas en que los individuos encuentran mayores dificultades de adaptación a todas las situaciones de la vida. Las molestias se presentan “cuando un individuo percibe su situación vital como peculiarmente amenazadora”, además se descubrió que una considerable proporción de los “más enfermos” habían sufrido en su edad adulta varios divorcios, separaciones, conflictos con los padres, los hermanos y otros parientes próximos, condiciones de vida y de trabajo desarmoniosas, etcétera, y que relativamente pocos de los miembros más sanos de los grupos investigados habían tenido experiencias similares.

Donde la condición enfermiza es una característica general del organismo entero y que la forma particular de un mal es secundaria; ya que una persona víctima de un malestar cualquiera es más susceptible de contraer otro, aunque sea en una zona muy distante de la hoy afectada, que un individuo siempre saludable. Más aún, las pruebas aportadas por dichos investigadores, así como por estudios citados con anterioridad, indican que quienes padecen malestares somáticos también tienden a manifestar trastornos psicológicos; algunos son más propensos a las dolencias que otros y la propensión mórbida varía con la época del ciclo vital, de hecho está enlazada con la actitud psicológica, se asocia con la experiencia de una amenaza (Op. Cit.).

Asimismo señala como el proceso de la enfermedad puede ser dependiente del equilibrio individual en la amplitud entera de la existencia, sobre todo en lo social, demostrando que las enfermedades somáticas resultantes del rompimiento brusco y traumático de relaciones sociales se manifiestan en un lapso tan breve como el de veinticuatro horas, en donde, la separación y el alejamiento (ya sean reales, anticipados o simbólicos) de personas importantes emocionalmente, se han considerado factores de peso en numerosos padecimientos: asma, cáncer, infarto cardíaco congestivo, diabetes mellitus, eritematosis, hemorragia uterina funcional, artritis reumatoide, hipertiroidismo tuberculosis y colitis ulcerativa. Donde la duración de las enfermedades entre los seres humanos está relacionada con factores psicológicos; cuanto más favorables sean éstos para la salud mental del individuo menor es la persistencia del mal; a su vez está probado que la condición psicológica de los pacientes constituye un buen pronóstico de la eficacia del tratamiento médico, donde la incidencia del padecimiento somático entre personas con un

trastorno psicológico definido es mucho mayor de lo que podría esperarse normalmente, y en gran número de estudios se ha indicado un nexo entre el desarreglo psicológico y varias formas de separación y desintegración sociocultural. De hecho, las relaciones entre los trastornos psicológicos y los físicos no se han explicado, de manera exhaustiva, en términos de la reacción psicológica del hombre a la incidencia real de los males físicos (Bakan, 1979).

Cabe destacar que aunque dichos hallazgos no sean muy recientes, dan la pauta a considerar, que para algunas personas que tienen relaciones conflictivas con su pareja, familias, compañeros de trabajo, etc., pueden estar más propensos a padecer o presentar enfermedades ya sea físicas o psicológicas, porque como se mencionó antes, la aparición, el desarrollo o cura de ciertas enfermedades se encuentran relacionadas con factores ambientales físicos y emocionales, que así pueden propiciar tanto salud como enfermedad, así entre mejores sean las relaciones de una persona con sus seres cercanos, mejor será el proceso de recuperación del padecimiento, o bien el empeoramiento de éste. Una situación parecida es la que se presenta cuando hay alejamiento o separación de seres queridos, o bien en los casos en que los trastornos sean de tipo emocional, como son los cuadros depresivos, donde está por demás aclarar la importancia de que existan buenas relaciones íntimas para quien padece dicho trastorno.

Incluso otros estudios sugieren, que en la enfermedad puede concebirse como una manifestación de trastornos más profundos que incluyen la condición total del individuo, donde el dolor físico puede considerarse un mero síntoma. En la práctica psiquiátrica y/o psicológica es común hacer una distinción firme entre el trastorno y el síntoma, especialmente reconocer que la desaparición del segundo no implica la curación del primero, por lo que se espera que al eliminar un síntoma, el trastorno se haga presente en otro nuevo; es hasta cierto punto fácil alejar síntomas relacionados con trastornos psicológicos, pero los médicos que tratan dichas alteraciones no se limitan a los síntomas, dicha perspicacia de los psicólogos y psiquiatras tiene igual importancia en muchos desarreglos cuya revelación es primeramente somática, pero afortunadamente los médicos están cada vez más conscientes de esta posibilidad (Op. Cit.).

De ahí la importancia de una intervención interdisciplinaria en los hospitales, ya que al tratar con enfermedades diversas, es posible que una alteración emocional dentro de la vida del paciente pueden ser una clave tanto para la detección del mal como para la curación o tratamiento de éste, pero sin dejar de lado la intervención médica y la administración de medicamentos específicos. Es decir, consideramos indispensable atender ambos tipos de síntomas (físicos y psíquicos), ya que en la medida en que se investigue sobre el origen de “x” padecimiento se podrían precisar sus causas y factores que ayuden a la recuperación del mismo.

Siguiendo con los factores que influyen en la aparición o desarrollo de la enfermedad, encontramos que Cruz (2001), refiere que las emociones no sólo influyen en el surgimiento de enfermedades, sino que pueden influir positivamente en el reestablecimiento y/o mejoramiento de la salud. Señalando la importancia de recordar que, ninguna de las emociones y actitudes surgen de la nada, sino que se gestan en ámbitos como la familia, la escuela y el trabajo, por ser los principales espacios de relación que tiene el ser humano. A lo largo de su trabajo pudo evidenciar que así como estos ámbitos pueden generar emociones negativas como ansiedad, angustia, depresión, etc., también pueden ser un soporte social y una fuente de la que emane un ambiente de tranquilidad, alegría y optimismo en el que se faciliten interacciones más sanas en sentido emocional y físico.

Es decir, cuando un miembro de la familia, tiene relaciones conflictivas con el resto o algún miembro de la familia, genera un círculo de estrés, dentro de la familia, lo que lleva a cada uno de los integrantes a afrontar situaciones que puede desencadenar estados emocionales difíciles, y en algunos casos pudiera afectar más a un miembro que a otro, lo que puede reflejarse en malestares a nivel físico, ya sea con dolores de cabeza, musculares, estomacales, entre otros. Como se menciona en el capítulo anterior, muchas veces las más susceptibles a dichas situaciones son las mujeres, por ser las que más tiempo dedican al trabajo doméstico, así como a la educación de los hijos, más aun si trabajan o estudian, siendo así más propensas a desarrollar estados de estrés. Además son ellas quienes más tiempo pasan en el hogar, incluso algunas sin distracciones, en tanto mediadoras entre

padres e hijos, al mismo tiempo que las principales encargadas del buen funcionamiento de su familia, pudiendo generarles mayor cansancio, frustraciones y/o estados depresivos.

3.2 La salud reproductiva en la mujer.

Cuando se habla de salud de las mujeres parece importante poner el *cuerpo de ellas* en el centro del problema, esto es, su sexualidad y reproducción. En concreto, la salud reproductiva y las condiciones en las que han vivido y trabajado, en el transcurso de su vida o cuerpo vivido; en este sentido se retoma una de las definiciones más recientes de la OMS (Flores y Sayavedra, 1997).

A lo largo de este apartado le daremos especial consideración al cuerpo de las mujeres, tanto en su salud física como en el significado que cada una le da, que al final de cuentas es un indicativo en la salud de las mismas. El hecho de que sean las mujeres quienes viven el proceso de maternidad, implica que se de una especial atención a su cuerpo y salud en general. Además también se encargan de la salud de los otros (hijos, esposo, y demás familiares), situación por la que suelen estar al tanto del cuidado de la salud y sus diversos síntomas.

A propósito de ello, sabemos que la mayoría de las mujeres pasan por la experiencia de la maternidad; que de no contar con asistencia médica adecuada puede originar serias complicaciones, incluyendo la muerte de la madre o el bebé. En tanto se puede pensar que la naturaleza ha compensado de estos riesgos a las mujeres, dotándolas de mayor aguante y resistencia a la enfermedad; allí donde se han conseguido reducir los riesgos inherentes a la reproducción, la longevidad de las mujeres sobrepasa ampliamente la de los hombres en casi todos los países, de hecho también la esperanza de vida es ligeramente superior. Desde luego los problemas de salud de la mujer son muchos y complejos, y difieren enormemente según las zonas geográficas, por ejemplo, en África, unos diez millones de mujeres se han visto sometidas a una brutal mutilación quirúrgica de sus órganos genitales, realizada por lo general a muy temprana edad, con el fin de garantizar su castidad (Newland, 1982).

Es sabido por todos que la gestación de un niño se produce a costa de los elementos del cuerpo de la madre, donde la calidad de sus elementos vitales influye en su capacidad de dar a luz un niño sano y de conservar su propia salud a lo largo del proceso, sin embargo, el número de mujeres y muchachas que mueren a consecuencia de una alimentación insuficiente que viven bajo la amenaza constante de la enfermedad o que carecen de la fuerza y el vigor necesarios para materializar sus aptitudes. Es decir, no está afectando sólo en el plano biológico o de salud física sino a nivel integral ya que también afecta al plano psicológico; lo que en ciertos casos puede generar problemas más complejos.

La magnitud absoluta de los riesgos de la maternidad viene determinada, ante todo, por las circunstancias sociales y ambientales, además el número de hijos que alumbró una mujer a lo largo de su vida, que implica importantes consecuencias para su salud; sobre todo el primer parto porque los riesgos de complicaciones o de muerte son ligeramente mayores que en el segundo y tercero, debido, a que el primero revela la existencia de cualquier tipo de debilidad física o anomalía genética en la madre o en el padre. Otro factor que predomina es la determinación de la magnitud de los riesgos que acarrea una gran fecundidad en los países del mundo con menores recursos; hay que tener en cuenta que muchas mujeres de África, Asia y América Latina dan a luz más de cinco hijos; sobre todo, las mujeres deficientemente alimentadas son las que corren mayor peligro, ya que es difícil que las mujeres pobres puedan equilibrar el gran costo alimentario exigido por el embarazo y la lactancia (Op. Cit.).

No cabe duda de que la salud pública mejoraría considerablemente si se difundieran y utilizaran más las técnicas de planificación familiar, con vistas a reducir el número de embarazos demasiado tempranos o excesivamente tardíos, a fijar límites razonables a la dimensión de las familias y a mantener un intervalo saludable entre un embarazo y el siguiente. Pero estamos entrando en un campo en el que se toca directamente la educación sexual recibida y decisiones de tipo moral como el uso o no de los distintos métodos anticonceptivos.

Se especula mucho acerca de si la gradual asunción por la mujer de iguales derechos y deberes que el varón expone a la salud de aquéllas a los riesgos inherentes al papel masculino; hay un ámbito en el que una mayor igualdad no significa un progreso para las mujeres. Así en la vida cotidiana se están produciendo cambios de comportamiento de mucho mayor alcance, donde la mayor incidencia de enfermedades cardíacas, úlceras y exceso de tensión en los varones se había achacado en parte a las presiones para competir en el ámbito profesional, para mantener a su familia y conseguir una posición elevada; pero actualmente en algunos países, un número de mujeres cada vez mayor se ven sometidas a estas mismas tensiones (Newland, 1982).

Asimismo es común que en la actualidad la salud mental se asocie con todos los cambios emocionales que sufre la mujer por las diversas ocupaciones y dobles o triples jornadas de trabajo que muchas de ellas realizan, ya que el papel que desempeña la mujer en la sociedad actual, especialmente en los países latinoamericanos, en donde además de ser madre, trabaja y se hace cargo del hogar, la ha hecho más vulnerable ante las enfermedades mentales, como la depresión.

Al respecto, María Josefa Díaz Aguirre, funcionaria de la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud, aseguró que es el momento de reflexionar acerca de quién, al menos en el contexto de Latinoamérica, está jugando el papel de "sostén" de la familia y analizar el porqué se ha descuidado este factor en la mujer, si es en ella en quien recaen muchas responsabilidades familiares y sociales. La situación actual de la mujer, señaló, es en gran parte responsable de que la mujer atraviese por ciertas enfermedades mentales que incluso pueden conducir al suicidio. Lo que puede generar un círculo vicioso ya que si la mujer está mal afecta con su estado a quienes se encuentran a su alrededor, a su familia, y también su desempeño fuera del hogar, ya que su salud mental depende en gran medida de que las necesidades emocionales, espirituales y materiales de los integrantes de familia sean insatisfechas.

"Esta es una de las consecuencias importantes y debe atenderse, porque no se trata de estar bien por estar bien, sino de ver cómo, en determinado momento, alguien con un

proceso depresivo o con una alteración hormonal puede estar afectando la función familiar, la comunicación de este núcleo y el rendimiento laboral y social de todos los miembros de la familia. Esto lo hemos visto muchas veces, si una mujer que es enferma mental tiene hijos, éstos van a tener una serie de características de socialización inadecuadas, que no van a tener los hijos de una madre que no tiene una enfermedad mental” afirma Díaz Aguirre (www.salud.gob.mx/apps/htdoc/gaceta-010802/ppag16).

La diferencia entre la vulnerabilidad de la mujer y el hombre a ciertos padecimientos considerados como mentales radica no sólo en las circunstancias sociales de cada género, sino también de sus características biológicas. Una mujer que acaba de tener a su bebé, ejemplificó, puede evolucionar favorablemente cuando atraviesa por una tristeza pasajera, pero también puede llegar a tener una depresión posparto importante o, incluso, algunas de ellas, con ciertas características genéticas, puede tener un proceso psicótico posterior al parto. Para crear un ambiente que favorezca la salud mental de la mujer se requiere un cambio social, de perspectivas, y sobre todo de la compañía del hombre. "En muchos sectores, se margina mucho al hombre en determinados momentos, nosotras mismas lo excluimos del cuidado de los hijos, pero eso tiene que cambiar, es importante comprender que tenemos que compartir con ellos las responsabilidades del hogar y los hijos; es necesario un cambio de enfoque, de actitud y educación, es un proceso largo, pero si insistimos en ello podemos tener logros importantes” (Op. Cit.).

De acuerdo a lo referido por Díaz Aguirre opinamos que aunque hoy en día ya existan cambios al respecto, es decir, los hombres ya se involucran más en el proceso de maternidad de su pareja, poco a poco ello ha repercutido en la salud mental de ambos géneros, pues en la medida en que cada uno reconozca el valor que tiene el otro para el desarrollo de su hijo, familia y /o relación afectiva dichos cambios se irán presentando cada vez más en nuestra sociedad y por ende ser enseñados a sus hijos.

Puesto que casi en todas las etapas de su vida, la salud de la mujer está directamente ligada con su fisiología, o bien, con su situación de género, citamos a Simone de Beauviour: “No se nace siendo mujer, sino que uno se convierte en ella”. Ya que debido a

las condiciones socioculturales, las mujeres como género, van siendo formadas a ciertas inclinaciones, preferencias; desde el como vestir, que pensar, decir y actuar; aprendiendo que el ser mujeres significa ser y actuar en base a lo que se espera de ellas, que universalmente tiene que ver con su condición biológica, y la posibilidad de enfrentarse a la maternidad, asumiendo ser las encargadas de esta importante tarea, las principales responsables del cuidado del hogar, de los hijos, y la estabilidad de su familia.

Aunque actualmente ya hay una gran diversidad de posibilidades dentro de la vida de las mujeres, ya que se pueden desarrollar en un plano laboral y/o profesional ligado o no al rol establecido tradicionalmente. Y al enfrentarse a una vida exitosa profesional o familiar, o a las dos al mismo tiempo, viven situaciones desgastantes, ya sea por su condición biológica o social, afectando así su calidad de vida; además podemos mencionar, que aunque existen expectativas acerca de ellas, éstas pueden responder o no a las mismas, sea que lo afronten con decisiones con respecto a su vida profesional o bien que les confronte no cumplir con lo esperado y tal vez generar problemas de tipo emocional.

Para finalizar este apartado respecto a la salud de las mujeres, nos referimos a su condición biológica, destacando que los cambios presentados a lo largo de su vida, como son: la menstruación, el embarazo, el parto y puerperio, climaterio, o problemas relacionados con su salud reproductiva, afectan además de su salud a nivel físico, su vida emotiva, familiar y social, según sea la esfera donde se desenvuelva. Dado que el significado que se le da al propio cuerpo, nos indica lo importante que son dichos acontecimientos en la vida cotidiana, cuándo y cuánto el cuerpo se puede ver afectado y si es que se le escucha cuando se encuentra enfermo, cómo se actúa ante ciertas molestias, cómo se enfrenta una mujer al dolor físico, y qué pasa cuando este dolor rebasa la tolerancia y se debe hospitalizar, es el momento en que se mueven sentimientos, proyectos de vida y se enfrenta a cambios abruptos.

3.3 Significado y cuidado otorgado al cuerpo.

Dualidad entre cuerpo y alma en que se encuentra atrapada sin llegar a un equilibrio: “A veces toda soy alma; y a veces toda soy cuerpo”. Delmira Agustini

Iniciamos con esta frase, ya que nos invita a reflexionar, que en la vida de las mujeres hay ocasiones en que se piensan, sienten y actúan en el plano de sus emociones y sentimientos, y otras tantas en que se ubica en el plano de su cuerpo, es decir, de sus sensaciones, e impulsos que quizá le lleven a puntos muy diferentes de los primeros señalados. Y es precisamente en ese inter, en este espacio de “reflexión”, donde se desenvuelven las decisiones de las vidas de las mujeres, en ese ¿qué hacer?, lo que quieren hacer por los ideales que le han sido enseñados o lo que en ese momento sienten en base a las emociones (impulsos) más inmediatas; y nada garantiza que alguna de ellas haya tomado la “mejor” decisión para su futura estabilidad.

Es en el cuerpo de las personas que se refleja cualquier inestabilidad sea en el plano de lo biológico o emocional, ya que es la base sobre la que nos constituimos y el móvil que nos lleva a la salud o a la enfermedad. Así tenemos que el término cuerpo es aludido para hablar de salud y/o enfermedad, aunque comprende otros aspectos como son: el ejercicio libre de la sexualidad, la decisión respecto a la maternidad, los afectos correspondientes, así como regulación de la fecundidad y las consecuencias de dichos procesos.

Es necesario señalar qué significado le da la mujer a su propio cuerpo, aproximarnos a conocer que tan importante le es y que tanto le cuida como parte de su ser. Puesto que el cuerpo femenino siempre ha sido objeto de control, quienes tienen menos poder sobre él son ellas mismas; con el pretexto del culto a la belleza, se fijan estereotipos de lo que es un cuerpo atractivo (delgado, sin vello, perfumado, a la moda, etc.) a los cuales pretenden ajustarse la mayoría de ellas, y sufren cuando no cumplen con el modelo. Paradójicamente, todo en la sociedad está diseñado para ver la mayor parte del tiempo cuerpos femeninos y, sin embargo, a las propias mujeres se les educaba para no ver ni explorar su cuerpo.

Así tanto la maternidad, como el ejercicio sexual y la regulación de la fecundidad, son aspectos básicos para el estudio de la vida de la mujer actual, ya que cada uno de ellos comprende por sí solos una sinfín de información y vivencias a presentar. Aunado a ello hay fenómenos y procesos sociales íntimamente ligados con la reproducción y la fecundidad, como son el lugar de las mujeres en la sociedad, el ejercicio de las sexualidades masculina y femenina, el sentido y valorización de la maternidad, así como el significado simbólico de los hijos para los varones. Para acercarnos a ello, nos remitimos a la reflexión sobre las distintas formas en que las mujeres viven y manifiestan la relación que establecen con su cuerpo.

Para Aseinson (1981; citado en Figueroa, 1998) es en el cuerpo-persona donde se expresan y concretan en forma visible la percepción que se tiene de la vida y la muerte, cuerpo que vive, siente y expresa los contenidos de lo que significa ser mujer en un contexto sociopolítico y cultural específico, concepción del mundo que define la posición y comportamientos de los sujetos frente a distintos eventos del quehacer cotidiano.

Así el vínculo entre la valoración de la maternidad, el ejercicio sexual y el comportamiento reproductivo se expresa necesariamente en la relación que el cuerpo femenino establece con el mundo exterior, es decir, la forma en cómo las mujeres sienten y viven sus afectos, sus emociones y la forma en cómo se perciben ellas mismas, el cuerpo, el espacio donde se sintetizan los contenidos de lo que significa ser mujer, la definición que legitima o descalifica a una mujer en un contexto cultural específico. El por qué la maternidad ha sido referente social para ir construyendo la identidad de las mujeres, no como algo natural sino precisamente como un producto social, a lo largo de la historia de la humanidad, donde paralela a dicha construcción se ha ido marginando la sexualidad de la reproducción, en particular la femenina; se le ha dado una connotación valorativa de culpabilidad, de definición en función de los otros y negación del placer personal para vivir en función del placer de la otra parte, de represión de la sexualidad como precio de la sublimación de la maternidad (Figueroa, 1998).

Al respecto Basaglia y Kanoussi (1983) mencionan que, el cuerpo de la mujer es un: cuerpo ser- para-los otros, para la procreación, para prodigar, para servir, para materializar; cuerpo disciplinado que se somete y legitima frente a la sociedad como mujer-madre, madre-esposa, reproductora de vida y de cultura. Planteando que las etapas del ciclo de vida de las mujeres pasan por las modificaciones y alteraciones de su cuerpo; que para la mujer el espacio que ha sido reservado es su cuerpo, y sobre las funciones naturales de éste se define su existencia; su comportamiento está encaminado a proporcionar cuidados vitales, cuidados afectivos. De esta forma, pareciera que su ser mujer está relacionado con la obligación de proporcionar algo a los demás, dar algo real o simbólico, existir para los otros y que sólo de esta manera se reconoce frente a los demás, no se asocia con el goce y el placer sino con el amor, el compañerismo o la obligación.

Asimismo, en el ámbito psicológico la mujer obtiene una serie de gratificaciones a través de los hijos, que incluyen cuestiones tales como tener una motivación para obtener éxitos y realización, el sentirse más femenina, el tener responsabilidades en la vida, el sentir que sus hijos son la prolongación de ellas mismas (Block, 1990; Chorodow, 1989; Espenshade, 1977; citado en: Figueroa, 1998).

Respecto al libre ejercicio de la sexualidad tenemos que señalar también que cada hombre o mujer debe tomar sus propias decisiones respecto a, los métodos anticonceptivos. Que puede ser un proceso de reflexión, en el cual las mujeres aprendan a tomar decisiones sobre sus cuerpos, sobre sus vidas, la posibilidad de vivir una sexualidad placentera, de diversificar sus deseos, de ganar espacios que expresen su autonomía como sujetos protagónicos en la creación de la cultura. Así las desigualdades en la adquisición de poder entre los géneros en nuestra sociedad se plasman fuertemente en la dimensión de la sexualidad femenina, aún ha sido un espacio en donde existen más prohibiciones, pero también existen concesiones y planteamientos ambiguos (Op. Cit.).

Donde la bipolarización de la sexualidad femenina y masculina es otra construcción social basada en ese sistema de géneros, en que se le ha dado a la mujer el lugar de no tener una necesidad o un deseo sexual, o tenerlo en un grado mucho menor que le del hombre,

porque su acercamiento a lo sexual se apoya invariablemente en el amor, en el romanticismo y la ternura; de tal forma, la vida sexual no parece ocupar un lugar central en la vida de las mujeres (Nájera y Cols. 1994; citado en Figueroa, 1998).

Digamos que, a pesar de existir una diversificación en cuanto a la práctica de la sexualidad en las mujeres, ésta sigue siendo afectada por las normas sociales, dentro de las que todavía llegan a persistir creencias ambivalentes donde se reflejan los nuevos valores, deseos, y temores de la mujer frente a sus decisiones al respecto.

De hecho muchas mujeres aun asumen como función única de esta práctica, la procreación, muchas experimentan el erotismo como expresión del amor hacia la pareja, sin embargo quizá no conciban su ejercicio como una forma de autoconocimiento y conocimiento del otro. Dentro de este marco es evidente que existen factores históricos y culturales que han coadyuvado a que prevalezcan y aun más se afiancen mentalidades que ponen en entredicho la expresión sexual plena de la mujer, aquellas que desbordan su erotismo e intentan establecer una comunicación con el otro, son en muchos casos censuradas y la imagen que de ellas tiene su pareja podrían perder valor por los prejuicios relacionados con la virginidad e inocencia, dones exclusivos de la mujer. Un gran número de mujeres son objeto de conflictos cuando deciden poner en práctica su sexualidad debido a los prejuicios sociales que tachan de insano que una mujer, sobre todo si es fuera del matrimonio, tenga este tipo de experiencia (Pérez, 1998).

Aun cuando existe gran cantidad de literatura dirigida a la mujer en donde se intenta sensibilizarla con relación a su sexualidad, se requiere de todo un proceso de resignificación para romper con toda una ideología. Esto en muchos casos es reforzado innegablemente por las actitudes del hombre, él es quien tiene control de la relación, él es quien tiene la experiencia y de cierta forma, muchas mujeres disfrutaban esa condición porque no conocen otra, ya que son pocas las mujeres que tienen a su lado una pareja con quien puedan compartir sus inquietudes y deseos (Op. Cit.).

Una vez que hemos venido señalando la importancia de que las mujeres tomen a sus decisiones sobre todo respecto a lo que atañe a su cuerpo, a su salud, que por supuesto incluye la salud reproductiva, es decir, todo lo referente al área física y emocional en donde la mujer representa su bienestar integral, en ámbitos como, sexualidad, maternidad, familia, desarrollo personal, entre otros; ahora podremos citar la importancia de hablar del cuerpo como una entidad de la que estamos tan acostumbrados a tener y a saber en buen estado, que no nos ocupamos de él, e incluso quizá no escuchemos sus quejas o percibamos sus dolores.

Al respecto Videla (1997), señala que afortunadamente hoy en día, las mujeres debemos agradecer a la ciencia de la biología que nos ha permitido mayor salud y calidad de vida, así como discriminar campos muchas veces confundidos, como la sexualidad, la procreación, la maternidad y la educación.

Sin embargo debe quedar claro que es el cuerpo o esquema corporal; según Aseinson (1993), habla de la correlación entre el medio ambiente y del yo corpóreo, que manifiesta a la vez rasgos de la personalidad individual y de la comunidad cultural a la que el sujeto pertenece, y en que no es una adquisición originaria sino producto de una evolución en la que intervienen a la vez factores madurativos y los influjos de la experiencia.

Para Fisher y Cleveland (citado en Aseinson, 1993), el esquema corporal es una expresión que se refiere al cuerpo como experiencia psicológica, abarcando en especial sentimientos y actitudes, es decir, una experiencia subjetiva del cuerpo y de la manera como (el sujeto) ha organizado tal experiencia”.

Si revisamos la “alineación del esquema corporal” que aborda Pichón -Rivière (1985) encontramos que hay susceptibilidad de diversos órganos internos a reacciones ante conflictos afectivos, donde todo órgano posee un “tono libidinal”. Por otra parte, los dolores de origen no orgánico sino psicogénico se ubican en sectores corporales que poseen un especial valor emocional para el individuo: esto es, su localización depende no del

cuerpo objetivo sino del cuerpo vivido en relación a significaciones de culpa, deseo o temor.

Por extrema que parezca esta posición, enfatiza un aspecto que no puede omitirse en el análisis del cuerpo vivido y en que también se interesaron otros estudios del tema: el papel que corresponde a los vínculos humanos, puesto que ni la vida afectiva toda ni en especial la vida impulsiva pueden ser comprendidas sin la presencia del otro. El conocimiento de nuestro cuerpo surge sin duda de constantes contactos con el mundo, y los diferentes sentidos intervienen en este proceso no sólo por el hecho de que aportan informaciones, sino porque son también canales de intercambio con el medio humano, intercambios cuyo rasgo esencial reside en su significación afectiva, cuyos procesos comienzan ya con el mismo nacimiento, e incluso antes (Aseinson, 1993).

Es del sufrimiento corporal que proceden las primeras impresiones del cuerpo, y que es la madre quién está allí para aliviarlo; sostiene asimismo que es ella la que funda los modos de admiración por el cuerpo propio, que implica la realización de deseos maternos. Así, la conexión que establecen la curiosidad y el interés entre el cuerpo propio y los cuerpos ajenos es a la vez una conexión entre personas; a la inversa una relación entre cuerpos está involucrada ineludiblemente en las relaciones interpersonales. Lo que no significa, según Shilder, que conocemos los cuerpos ajenos por un proceso de proyección del nuestro, o que conocemos el cuerpo propio por introyección del cuerpo ajeno; tales identificaciones completan un proceso que no depende sólo de ellas. Al respecto Shilder analiza brevemente su significación en el campo de la vida moral, para empezar, tanto el propio cuerpo como el ajeno, está ligado a sentimientos de carácter ético: dignidad, compasión, culpa, amor. Y de hecho una parte fundamental de cuanto podamos hacer de moralmente bueno o malo es llevada a cabo a través del cuerpo y en dirección a otros cuerpos. Por lo tanto, “las leyes morales sólo pueden ser aplicadas a seres humanos provistos de un cuerpo y los fenómenos morales están por ende estrechamente entretnejidos con nuestra propia imagen y con la imagen de los otros” (Op. Cit.)

Se debe subrayar es que los actos más significativos entre los seres humanos, los que envuelven decisiones éticas, implican en la mayoría de los casos, si bien no siempre, decisiones con respecto al cuerpo. Desde luego, se trata casi en todos los casos no del cuerpo objetivo sino del cuerpo nuestro tal como lo experimentamos y de cuerpos ajenos en tanto que ligados con una personalidad; cuanto más físicamente alejados estamos de los demás, tanto más indiferentes suelen resultarnos sus sufrimientos o alegrías, es decir, sentimos a las personas a través de sus cuerpos (Eça de Queiroz; citado en Aseinson, 1993).

Así podemos entender el porqué, precisamente es de las personas más cercanas a uno, de quien más nos interesa saber qué les ocurre, es decir, la familia más cercana (padres, hijos o hermanos), además de que en la mayoría de las decisiones respecto al cuerpo como son el ejercicio libre de la sexualidad, el uso de anticonceptivos, el deseo o no de la maternidad, tienen que ver casi siempre con sentimientos y la moral, como son: la culpa, el amor, dignidad, compasión, de ahí que precisamente sean los sentimientos que más se vinculan con la maternidad o con la falta de ésta, en el caso de un aborto independientemente de que éste sea provocado o espontáneo. De igual forma, diversas actitudes hacia el propio cuerpo: ansiedad, insatisfacción, experiencia de éxito o de fracaso, así como dentro de características individuales de otro tipo, la capacidad de juzgar de manera independiente, se reflejan en el esquema corporal.

A final de cuentas lo que éstas investigaciones señalan es que las experiencias vitales significativas incluyen modificaciones en el esquema corporal, así como que los rasgos característicos del mismo, y que incluso el mismo sentimiento de constituir una identidad única y separada requiere que nos sintamos vivir en un cuerpo propio. Donde toda experiencia, está sujeta a cambios tanto evolutivos como transitorios: diversas situaciones pasajeras hacen que el esquema corporal se torne más vago o más preciso, que se focalice en partes especiales del cuerpo, o hasta que se extienda más allá de los límites reales del organismo (Op. Cit.).

Así el desarrollo evolutivo de la personalidad, refleja por una parte fenómenos fisiológicos y por la otra actitudes y sentimientos hacia sí mismo y hacia el otro, modelados en parte fundamental por las primeras relaciones de objeto, que en esa época temprana de la vida no pueden ser sino relaciones cuerpo a cuerpo, por lo que se dice, que “el cuerpo expresa la experiencia total”. Desde el comienzo de la vida, nuestro organismo participa ineludiblemente en los intercambios con el mundo y continúa siendo siempre parte de la “situación” en que nos hallamos, tanto en su condición objetiva de ente físico real como en su condición de vivencia cargada de afectividad. La antropología y la psicología han permitido ver cómo la tríada yo, mundo y cuerpo constituyen una estructura unitaria; ya que una vez constituida, según las diversas circunstancias se torna más o menos saliente uno u otro de los tres factores; pero, cuando uno de ellos se desintegran también los demás (Aisenson, 1993).

Es decir, el esquema corporal debe verse como una subestructura de la personalidad que requiere el funcionamiento unitario de diversos mecanismos fisiológicos, dotada a la vez de un carácter psicológico y existencial. Porque en su configuración entran rasgos de la personalidad y aún el propio sentimiento de sí mismo, y finalmente porque, siendo producto de un proceso evolutivo de lazos interpersonales, que desde las primeras épocas de la vida contribuyen a convertirnos en el ser que somos, constituyen un factor esencial en ese proceso (Op. Cit.).

Sin embargo en la actualidad como se menciona en capítulos anteriores la globalización desprende esa parte de compromiso con nosotros mismos, con nuestro cuerpo y con la salud en general pues son los productos los que sustituyen ese bienestar que quizás en nuestro cuerpo no tengamos. Así el esquema corporal de las mujeres también implica la concepción de la belleza como bienestar y aunque ello no sea indispensable, como lo es la salud propia en un sentido integral.

Además es importante destacar un factor nuevo a la definición del esquema corporal, el tiempo: “el esquema corporales la imagen que cada uno de nosotros tiene de sí mismo”. Lo concibe como una estructura social configurando nociones de espacio y tiempo

que rige muchos de los aspectos del vínculo con el otro. Considera las divisiones establecidas entre mente, cuerpo y mundo exterior como separaciones formales, como áreas fenomenológicas o dimensiones de la persona. Es decir, tanto estructuras neuróticas como psicóticas pueden expresarse en la mente, en el cuerpo o en el mundo exterior, donde nada de lo que sucede en un área determinada deja de ser vivido por la totalidad de la persona. Todo ello se expresa con una conducta hacia fuera, que es visible (conducta objetiva), y con una conducta interna, que es la vida emocional a través del cuerpo, en una permanente relación de objeto (Pichón-Rivière, 1985)

De acuerdo con su teoría de la concepción unitaria de las neurosis, psicosis, caracteropatías y enfermedades psicosomáticas, establece que la principal diferencia que existe entre ellas es el área de expresión de los conflictos, ya sea la mente, en la representación mental del cuerpo o en la representación mental del mundo exterior. El motivo por el cual los conflictos se presentan en la dimensión del cuerpo nos plantea el problema de la elección del área de expresión, lo que estaría en relación con la historia individual, con los factores hereditarios y disposicionales de cada sujeto en particular (Op. Cit.).

Así tenemos que las enfermedades psicosomáticas deben ser comprendidas, en términos relacionales, con el establecimiento de un vínculo particular con un objeto determinado, dentro del esquema del cuerpo, siendo manejado dicho objeto con las funciones propias del órgano, funciones que experimentan una regresión a etapas más primitivas, donde predominaron de determinados tipos de vínculo, cuya regresión de las funciones del órgano crea un desajuste en la economía total, provocando la enfermedad (Pichón-Rivière, 1985).

Si relacionamos lo señalado hasta aquí con la salud de las mujeres, podremos decir que, al darle éstas mayor significado a la maternidad, al afecto depositados en el otro(s) esto incluye pareja e hijos y demás familias, así como a los órganos que con ello se vinculan sabremos que es el aparato reproductor femenino quizá una parte clave en el cuerpo de

ellas ya que le es muy significativo, pues es en base a éste que puede engendrar vida y por ende brindar afecto a alguien que surge de sí misma.

Asimismo Pichón-Rivière, (1985) señala que, el órgano que enferma no es el más débil, tal como se lo ha considerado hasta ahora, sino al contrario, es el más fuerte, el de mayor resistencia; porque el órgano elegido es el lugar donde el yo está más atrincherado, donde hay una mayor comunicación entre él y las propias funciones del órgano en cuestión. Siempre se podrá encontrar una alternancia entre una expresión corporal y una expresión mental, y con cierta frecuencia la sucesión de cuadros psicósomáticos con cuadros psicóticos.

En tanto las mujeres podrían tener tendencias a padecer de la matriz u algún órgano vinculado con su condición de madre, o bien rechazar este proceso como muestra de que no les interesa convertirse en ello, ya sea que lo expresen abiertamente o bien que su cuerpo lo haga por medio de abortos espontáneos de origen no orgánico.

O bien como señalan Flores y Sayavedra (1997), el cuerpo de las mujeres es el continente de sus saberes, tanto como de sus ignorancias y miedos, de la ternura y violencia vivida, de la subordinación y libertad, del coraje, de la tristeza y la omnipotencia, así como de la represión y la rabia. Ese mismo cuerpo es el que goza del placer, el amor, el deseo, y la adquisición de la capacidad de adaptarse, de apropiarse y de transformar. Es en el cuerpo de cada mujer donde “se vive” la muerte como concreción de las condiciones en las que este cuerpo vivió.

Así es como quizá podamos entender el porqué el cuerpo en las mujeres representa una base sobre la cual se vive, y se enferma, se es feliz y se sufre, ya que a partir de éste es que la mujer disfruta crear y engendrar vida a otro(s), ya que sólo a partir del cuerpo vivido es como se originan las experiencias placenteras o displacenteras a lo largo de sus vidas, y en tanto sus modos de salud o enfermedad.

Mas adelante se hablará de la maternidad como un hecho crucial en las vidas y cuerpos de las mujeres que así lo experimentan, ya que el ser madre constituye precisamente un evento muy significativo en la vida de éstas, no sólo por ser una experiencia netamente física, sino también emocional y social intensa.

CAPÍTULO 4

MATERNIDAD, PÉRDIDA Y ENFERMEDAD: REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA

4.1 Experiencia de maternidad.

El embarazo es una vivencia, que la mayoría de las mujeres experimentan, a partir de esta idea señalaremos las sensaciones, emociones y pensamientos por los que atraviesa una mujer durante 40 semanas aproximadamente que el proceso dura; por lo que cabe señalar que es una vivencia que puede repetirse en más de una ocasión, aunado a que a partir del nacimiento del bebé se requerirán cuidados y atenciones en sus primeros años de vida.

Así tenemos que la experiencia del embarazo es el período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto; dura normalmente 280 días y se divide en 3 trimestres: el primero va desde el día cero hasta la semana 13; el segundo trimestre es de la semana 13 hasta la semana 27, el tercer y último trimestre es de la semana 27 a la 38 ó 40 semanas de gestación.

En el aspecto físico el primer trimestre comienza con la suspensión de la menstruación, se caracteriza por trastornos digestivos, el abultamiento progresivo del abdomen, el crecimiento de las mamas, coloraciones pigmentarias en algunas zonas específicas del cuerpo, ganas frecuentes de orinar, náuseas y vómitos. Donde la célula fertilizada necesita grandes cantidades de sustancias nutritivas y de oxígeno para multiplicarse, crecer y desarrollarse hasta convertirse en un ser humano apto para la vida fuera del útero al llegar a término de éste.

Al principio del embarazo, las células de las placentas producen grandes cantidades de hormonas sexuales las cuales ayudan a ajustarse el metabolismo de la madre y su función a las exigencias del feto. Esta producción a gran escala de hormonas en el cuerpo de la futura madre también provocan cambios repentinos en el estado de ánimo, puede que

experimente de pronto una gran alegría y luego una gran tristeza, mezclando con miedo y cansancio (Macy y Falker, 1980). Se dice que estos cambios son puramente psicológicos, ya que se presentan en forma distinta entre las mujeres; estas diferencias cambian con respecto a la "influencia de las experiencias psicológicas que son formuladas por la cultura en que viven y que su propia personalidad y experiencia familiar conforman" (p. 50).

La vida de una mujer embarazada sobre todo si es primeriza comienza a tener muchos cambios; deberá incluir en su rutina frecuentes visitas al médico, modificar sus hábitos alimenticios y prescindir de fumar cigarrillos e ingerir alcohol, incluso su ropa tendrá que ser diferente; el trabajo físico y el ejercicio deben ser moderados ya que una sobrecarga de trabajo puede causar trastornos graves en el transcurso del embarazo. Durante estos primeros meses el embarazo, los cambios físicos casi no son notorios, por lo cual algunas mujeres se sienten incrédulas ante éste hecho, les es difícil admitir que dentro de ellas se esté generando vida, que una persona real se está desarrollando en su vientre y se preguntan si realmente están listas para la maternidad. Una futura madre, en algunas ocasiones puede encontrarse a sí misma examinando su pasado pues el cambio que se avecina le dará un giro a su vida futura, deben examinarse dichas partes de sí mismo que sobreviven del pasado para ver cómo encajan con el futuro.

Es en ese estado que la mujer no sólo necesita contar con la comprensión de otras mujeres, y de su pareja también requiere del apoyo y confianza en el médico obstetra que le atenderá a lo largo de su embarazo; ya que él seguirá muy de cerca el transcurso de éste y ella dependerá en gran medida de su diagnóstico y supervisión para enfrentar esta etapa de su vida. Conforme el embarazo avanza las exigencias del feto que se encuentra en constante crecimiento, cada vez son mayores, por ejemplo la sangre de la madre, mediante la cual transporta y recolecta oxígeno y otras sustancias al bebé, aumenta su producción alrededor de un kilogramo, lo cual da como resultado que el corazón que la madre trabaje más rápido; la madre se vuelve más lenta en sus movimientos además de sentir deseos de dormir por más tiempo del que acostumbra (Op. Cit.).

Además, la vigencia, en el inconsciente, de conflictos infantiles con sus padres puede llevarla a vivir con angustia el comienzo del embarazo, en lugar del orgulloso sentimiento de plenitud, que normalmente acompaña a la mujer cuando ha llegado a la maternidad. Obviamente el que la futura madre se sienta a gusto con su estado dependerá de la situación familiar, de cómo vivió su madre el embarazo y parto, así como que le significa a ella dicha situación en este embarazo, sin olvidar que también es importante el tipo de vínculo con su pareja y padres en ese momento específico.

Una vez que se presenta el pataleo, el feto se mueve suave, rítmica y continuamente, reacciona al ser tocado; muestra fehaciente de que el bebé es un ser vivo y que está creciendo, conforme van avanzando los meses el bebé tiene más actividad intrauterina, dichos movimientos que al ser percibidos por la madre intensifican su experiencia de embarazo, permite compartirlo y también identifica al bebé como una persona que a pesar de que depende de ella para subsistir, es a la vez una persona distinta a ella (Macy y Falkner, 1980).

En tanto, cuando la madre percibe a su hijo como una persona diferente de ella, comienza a encarnar en su futuro hijo sus deseos y fantasía sobre su apariencia física y sus actividades futuras. La misma situación se da en los demás miembros de la familia, ya que una vez que la madre imagina y percibe a su hijo como a una persona diferente de ella, podrá ir preparando el recibimiento para su futuro hijo, desde el espacio a donde tendrá su cuna, hasta la ropita que usará, y el nombre que le asignará, lo que tiene relación con la forma en que se le cuidará y brindará el afecto a ese nuevo ser.

En cuanto a la relación de pareja también se ve afectada pues es posible que la gestante experimente oscilaciones en el deseo sexual que quizá nunca había experimentado (Castillo, 1994; citado en Medina, 1998). Para algunas mujeres el deseo sexual no disminuye sino todo lo contrario, aumenta mientras que otras suspenden los encuentros sexuales con sus cónyuges, pues al cambiar su cuerpo tendrán algunas limitantes que no tenía antes de embarazarse.

Al respecto González de Chávez (1993), señala: "...la dilatación del vientre remite, a la deformación corpórea requiere un trabajo de luto, de readaptación, y de aceptación de la pérdida de la imagen erótica que los *mass-media* difunden, dado que el cuerpo es el representante narcisístico por excelencia para la mujer...".

Para el segundo trimestre el bebé sigue creciendo al igual que la placenta la cantidad de líquido amniótico y los pechos, lo que provoca que la madre aumente de peso y su cuerpo pierda la figura estética. Es muy lógico que las embarazadas se encuentren afectadas física y emocionalmente, ya que por la diversidad de sentimientos presentados; cuando más notorio y próximo sea el parto o nacimiento, se suscitarán tanto miedos o estados de preocupación por saber qué pasará en ese momento, por saber cómo será el parto, si estarán bien su hijo y ella misma, así como el temor natural que surge en cualquier persona ante una situación desconocida o novedosa.

Algunas mujeres pudieran experimentar sentimientos de rechazo por el bebé, porque les está provocando que aumenten de peso, se sientan gordas y menos atractivas para su pareja; además de verse limitadas al realizar algunas actividades. Mientras que otras, durante su embarazo se sienten felices por que su marido considera que lucen atractivas, les prestan atención, las cuidan y no las golpean. En este tercer trimestre el momento del parto esta más cercano, en esta última etapa es característico que las mujeres embarazadas tengan muchas dudas y temores sobre su salud y la de su hijo.

Las últimas seis semanas del embarazo pueden considerarse para la mujer gestante como un desastre porque el bebé ocupa mucho espacio; la madre siente su estomago oprimido al igual que sus pulmones, tiene dificultad para respirar, sus movimientos se vuelven mas lentos y torpes. Así es importante, prepararse psicológicamente, siendo prioritaria ésta en las últimas semanas del embarazo; donde la preparación para el parto se define como la aceptación de la venida del bebé o bien, la mujer que trabaja tendrá que dejar su empleo y comenzar con la experiencia de aislamiento, aburrimiento y el impacto de todo lo que significa ser de repente desempleada.

La madre puede experimentar tensión ya sea en forma positiva cuando desea al bebé, o en forma negativa cuando no lo desea, es muy lógico pensar que la mayoría de las mujeres experimenten cierto grado de tensión a lo largo de su embarazo, misma que en algunos casos pueden manejar de manera satisfactoria con el apoyo de sus esposos y familiares. Muchas embarazadas sufren temores como tener un hijo con síndrome de Down, no tener leche para alimentar a su hijo, morir en el parto o que el niño muera, incluso tienen sueños en donde ven a sus hijos muertos o que sufren algún accidente en donde ellas y sus bebés fallecen. Otros temores,

podrían ser el miedo al dolor, a la episiotomía, a otras maniobras obstétricas y finalmente a no desempeñar bien el papel de ser madres (Castillo, 1994; Citado en Medina, 1998).

Es muy común que los niveles de ansiedad en las mujeres embarazadas aumenten en los primeros meses, debido a la situación nueva que está viviendo y vuelvan a bajar a la mitad del embarazo; para subir de nuevo al aproximarse el momento del parto ya que otra vez se enfrentarán a una situación desconocida. La ansiedad que experimentan las madres en estos últimos meses de gestación también se puede deber a que se aproxima el momento en que verán culminados todas sus fantasías, y conocerán al hijo que han llevado en su vientre por algunos meses.

Quizá por ello algunos autores señalan que el parto es un “duelo” ya que la mujer pierde ese estado privilegiado; ya que para muchas el embarazo significa ser el centro de atención, tanto para la familia como la pareja, quienes se desviven en cuidados, detalles, cariño (atenciones), todo ello porque es “ella” la portadora del nuevo ser, por ende merecedora de respeto, cuidados y amor. Pero una vez que el bebé nace, es él quien se convierte en el centro de atención, y todas las atenciones mencionados son ahora para el hijo(a), mientras que la mujer en ese momento es ahora ya la *madre de...*, de hecho dicha situación se generaliza a casi todos los miembros de la familia (pareja, hijos, padres, amigos (as), etc.). Además cabe destacar, que la mujer está perdiendo dicha situación “privilegiada”, en un lapso muy breve comparado con todo el proceso, “pierde” a su hijo, ya que deja de pertenecer a sí misma, es decir, ya no está más en su cuerpo, en su vientre, y

aunque sabemos que eso no es una pérdida real es simbólica puesto que ya no lo sentirá tan dentro de sí para protegerlo.

Surgen cuestionamientos acerca del pasado y futuro, ya que la recién madre duda o teme si podrá hacerse cargo de la situación ella sola, independientemente de que cuente con el apoyo de pareja o familia, que si es realmente lo que deseaba, o bien si el futuro será el ideal esperado para ella y su hijo. En el caso algunas mujeres que son empleadas o profesionistas, se preocupan por el cuidado de su hijo en las jornadas de trabajo.

Conforme se aproxima más el momento del parto la futura madre se formula muchas preguntas con respecto a sí misma y a su bebé; en especial las madres primerizas sienten temor a esta situación; a la que nunca antes se habían enfrentado. El ingresar a un Hospital y encontrarse solas ante algo que totalmente desconocen, sentir dolor, preguntarse si el parto será prolongado y en especial la incertidumbre de tener un hijo normal o todo lo contrario.

Asimismo el proceso de embarazo tiene una serie de significaciones psicosociales y culturales que pueden causar alteraciones, no por la sobrecarga física impuesta al organismo, sino por la emergencia de conflictos, en el nivel psicológico derivados de esas significaciones. Así a continuación se señalará las diferentes situaciones de la embarazada en función de sus relaciones y situación psicológica.

La embarazada en función de la *diada materno-infantil*: El desarrollo psicosexual de la mujer la conduce a una actitud receptiva, acompañada de un cortejo de conductas y estados de ánimo característicos, estimulada por el incremento de la progesterona, que la hace proclive a aceptar la inclinación del desarrollo de un nuevo ser dentro de sí misma. A partir de ese momento, se sucederán, a través de toda su vida, una serie de situaciones en las cuales la madre deberá favorecer una progresiva separación que culminará con el desarrollo normal del hijo, que pasará a convertirse así en una personalidad autónoma e independiente. Comienza por reconocer al nuevo ser, por lo tanto, su propia condición de madre, cuando percibe los primeros movimientos del feto dentro de su vientre; continúa

con el parto, que le permite ver y tocar a su hijo e iniciar un proceso psicológico de separación que puede durar un par de meses, que culmina con el reconocimiento del niño como una persona distinta de sí misma; posteriormente seguirá el destete, el comienzo de la edad escolar, la adolescencia, la independencia económica del hijo, las opiniones autónomas de éste, su propio matrimonio, etc. (Medina, 1998).

Cuando comienza a percibir los movimientos del feto toma conciencia de su condición de madre, y de la existencia de un ser, con su propia autonomía. En estas circunstancias, los conflictos en relación con su propia madre, manifestados muchas veces previamente por rebeldía y excesiva independencia (pero que expresaban un intenso deseo de seguridad e implicaban la pretensión de ser toda la vida una niña, cuya madre vigila y protege), suelen llevar a la embarazada a vivir esos momentos con particular angustia, porque por primera vez, se hace cargo de que comienza a ser ella misma una madre, de la cual dependerá en el futuro un niño, a quien debe cuidar, proteger y ayudar para que madure.

Posteriormente llegará el parto, cuya consecuencia será la presencia física del hijo, fuera de ella. Esta circunstancia puede ser temida por muchas causas; actitudes contra fóbicas pueden llevarla a apresurar inconscientemente el nacimiento del hijo o por el contrario, a demorarlo. Después del parto, la madre puede padecer cuadros depresivos, porque el nacimiento del hijo es vivido como una pérdida, donde la separación se producirá lentamente y quedará completada en un par de meses, cuando la madre tiene dificultades para independizarse del niño puede prolongar la lactancia durante mucho tiempo y sufrir cuadros de galactorrea, en los cuales continúa la producción de leche después que el niño ha dejado de mamar (Op. Cit.).

La embarazada en función *de sí misma*: Algunas de las dificultades son las perturbaciones de la autoimagen por trastornos en el proceso de identificación con su propia madre. Muchas veces se trata de embarazadas que han vivido carencias afectivas, que han tenido experiencias frustrantes con sus madres (por razones psicológicas o por enfermedades) por lo tanto, no pueden aceptarse a sí mismas como madres, lo sexual tiene

que ver con las dificultades de aceptar las modificaciones del esquema corporal que algunas mujeres viven como pérdida de belleza y de atractivo sexual.

Puesto que la inexistencia o reducción al mínimo de las funciones maternas forzosamente ha de tener implicaciones corporales; en la actualidad es dable observar muchachas que expresan su disgusto o negativa ante un posible embarazo por la deformación de su cuerpo que entrañaría. Para ellas, y para muchas otras muchachas y mujeres que sí aceptan el embarazo, el estado de buena esperanza es fundamentalmente un estado de mala obesidad, así el instinto maternal, que realmente existe, que es una realidad psicobiológica, parece quedar anulado o superado por las necesidades sociales aprendidas. Donde los embarazos, el engendrar y parir, la fertilidad y la capacidad reproductora, ya no constituyen características significativamente vinculadas al cuerpo femenino, ¿pueden seguir siendo valoradas positivamente las formas corporales a ellas asociadas?. En la medida en que la mujer va siendo vista cada vez más como agente laboral y social, por tanto semejante al varón tradicional, y cada vez menos procreadora, parece lógico que las formas corporales redondeadas, reverenciadas desde la prehistoria hasta hace pocas décadas, vayan siendo sustituidas en la apreciación social por otras distintas incluso opuestas (Toro, 1995).

La embarazada en función *de pareja*: El embarazo introduce a una tercera persona en la relación de la pareja, donde tanto las rivalidades como las envidias entre ésta, que hasta cierto momento han sido controladas, pueden emerger en ciertas circunstancias. La rivalidad de la mujer para con su marido puede acentuarse sobre la base de un sentimiento de superioridad que le brinda el hecho biológico de ser ella la que es capaz de desarrollar un nuevo ser dentro de sí misma. Pero, por otra parte, el aumento de las necesidades de dependencia y el desvalimiento que el embarazo produce pueden acentuar la rivalidad con el marido por envidia. Además, defectos en la educación sexual de la pareja pueden llevarlos a los largos períodos de abstinencia sexual durante el embarazo, que la mujer puede vivir como pérdida de afecto y falta de cariño. No olvidemos que también es importante, la forma en que se da la relación con su pareja, ya que para la mayoría de la

gente la realización personal se da en base al éxito de dicha relación, sea legalmente establecido o bien en unión libre.

La embarazada en función *social*: El esquema corporal es una forma de comunicación, por lo tanto, las modificaciones del cuerpo significan para la embarazada manifestar ante quienes la ven la existencia de prácticas sexuales en la intimidad conyugal; es como hacer pública su vida sexual, cosa que puede ser rechazada por muchas mujeres. Por otra parte, las modificaciones de su cuerpo, lo mismo que en la relación de pareja, pueden significar la pérdida del atractivo sexual juvenil (Isua, 1987).

Además hay que considerar que las mujeres con actitud positiva ante su embarazo no muestran alteraciones psíquicas, mientras que las que muestran una actitud negativa no manifiestan un buen ajuste psicológico y experimentan trastornos psicósomáticos (Carbella, 1994, citado en: Carbajal y Pérez, 1998).

Cabe destacar que es justamente en el estado de embarazo en el que las mujeres, realizan sus ideales o ven reflejados sus temores, ya que dependerá en gran medida de si su embarazo fue planeado o no, de si es el momento adecuado en la vida de ella y su pareja, de su carrera profesional y/o trabajo, si fue planeado entre los dos, del número de hijo que será dentro de la familia, además del particular significado que le da cada mujer; que por supuesto está sujeto a lo que les ha sido enseñado ya sea por su familia o su medio social inmediato, ya que sin duda las creencias, tradiciones e ideologías le influirán enormemente en su estado emocional.

Así al momento del parto la mujer se encontrará con una serie de situaciones desconocidas, respecto a lo que le significa ingresar a una institución hospitalaria, ya que esto implica el alejamiento físico de su familia, de su casa, de su espacio y además se le inserta en un lugar desconocido, con personas que sólo hablarán con ella para lo necesario, enfermeras y médicos, quienes en el mejor de los casos, se interesarán por su salud física. Cabe aclarar que estamos hablando de salud a nivel físico, donde en sus visitas (chequeos de rutina), quizá habrá algún médico o enfermera que brinden un trato amable o cálido, y

en este momento crucial, se desearía que cada mujer pudiera expresar todo lo que piensa, siente y desea respecto a su bebé, a ella y a su pareja.

De ahí la importancia de que la mujer esté acompañada de su pareja o familia, o bien que el mismo personal del Hospital le haga sentirse a gusto, en un estado de confianza, donde pueden expresar sus emociones y sentimientos, y qué mejor que pudiese recibir el apoyo de un profesional como el Psicólogo. Desafortunadamente esto no se da en la mayoría de las instituciones hospitalarias, aunque en otras sí, principalmente en servicios de tipo privado, o en otros países. De ahí la importancia de este tipo de apoyo pues en estos momentos las mujeres hospitalizadas tienen preocupaciones por el momento del parto, por la salud de su hijo(a) y de ellas mismas, del recibimiento que tendrán en casa, de la situación económica que les acompaña, así como poder expresar lo que sienten respecto a sí mismas, hacia su hijo(a), pareja y demás familia.

Ahora bien, se ha ido describiendo la importancia de saber qué es lo que sienten las mujeres en cada etapa de su embarazo, se han ido conociendo sus temores respecto a la maternidad, pero no sabemos en qué condiciones se reproducen las mujeres, qué es lo que les hace falta en el momento del parto, qué complicaciones pasan, cómo lo viven en su psique y su cuerpo, cómo repercute en su calidad de vida y cómo les significa en su futuro inmediato.

Claro está que las condiciones por las que la mujer embarazada pasa, son muy diversas debido a su situación socio-económica y cultura, así como el significado que le da a cada una de las etapas y situaciones que le acompañan en el camino de la maternidad.

Al respecto Langer y Romer (1994; citado en Langer y Tolbert, 1998) mencionan que la procreación o la otra cara de la moneda, el embarazo no deseado y la esterilidad, son elementos esenciales en la vida de la mujer. Las condiciones biológicas, psicológicas, culturales y sociales que rodean a la reproducción hacen de ella una experiencia enriquecedora, que da sentido a la existencia misma de la mujer, o por el contrario, representa un riesgo para su salud, su vida, su condición en la familia y en la comunidad.

Por ejemplo, México, durante las últimas décadas, han ocurrido cambios muy importantes en los valores y prácticas que rodean a la reproducción. Mientras que para algunos grupos sociales aún continúa vigentes los valores y patrones tradicionales -inicio temprano de la vida reproductiva, elevado número de hijos, dedicación exclusiva de la madre a su crianza y al hogar-, otras mujeres desean familias con una estructura y una dinámica diferentes, compatibles con su desarrollo personal en otros campos, y tienen expectativas para los hijos que reclaman una mayor inversión de recursos familiares (Op. Cit.).

A partir de 1920 y por espacio de poco más de cinco décadas, la fecundidad en México se mantuvo en valores que prevalecían entonces con respecto a la familia, así hacia 1940 la población mexicana ascendía a grado tal que la tasa global de fecundidad fue de alrededor de 6.5 hijos por mujer. En consonancia con la reciente preocupación internacional por las consecuencias de un rápido crecimiento demográfico, en México se aprobó en 1973 una nueva ley de población que constituyó el marco de referencia necesario para iniciar los programas de planificación familiar; a partir de entonces, se inició un rápido descenso de la fecundidad y un sostenido incremento en la utilización de métodos anticonceptivos.

El descenso de las tasas globales de fecundidad (TGF), sin embargo, no se distribuye de manera homogénea: han sido más veloz en las áreas urbanas que en las rurales, con diferenciales que aumentan con el tiempo. En efecto, luego de dos décadas de políticas, programas y servicios dirigidos a reducir el crecimiento poblacional, la tasa global de fecundidad ha descendido a la mitad en las áreas urbanas y sólo 25% en las áreas rurales (Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987; citado en: Langer y Tolbert, 1998).

Al analizar la fecundidad de mujeres con diferente nivel de escolaridad, procedentes de estados de la República con distintos niveles de desarrollo, insertadas o no en el mercado laboral, se observan resultados semejantes. En todos los casos, las mujeres que viven en condiciones precarias tienen más hijos, en general con un corto espaciamiento entre un

embarazo y otro, y comienzan la actividad reproductiva a edades tempranas, continuándola hasta la menopausia.

El embarazo, el parto y el puerperio --los 42 días posteriores al nacimiento del niño-- son eventos de por sí normales y al mismo tiempo, son procesos complejos que se desvían con frecuencia de la normalidad y representan, por consiguiente, un riesgo para la salud y la vida de la madre y su hijo. ¿Qué factores afectan la salud materna? ¿Qué consecuencias tienen?. En los países desarrollados, prácticamente todas las mujeres reciben atención prenatal, y dan a luz bajo la supervisión de personal y, dan a luz bajo la supervisión de personal entrenado, con un ascenso rápido al tratamiento en caso de una emergencia. Esta disponibilidad de servicios contribuye a que las muertes maternas sean un evento raro, por desgracia estas circunstancias no prevalecen para todas las mujeres de las naciones pobres, como México.

Son 3 los problemas de salud, los que encara la mujer durante el proceso de embarazo, parto o puerperio:

1) Las complicaciones agudas como las hemorragias, infecciones, hipertensión, que son las mismas que subyacen a la mortalidad materna. La hemorragia es una de las causas más comunes de muerte materna y es difícil de predecir; las causas más frecuentes son el desprendimiento de la placenta y la falta de contracción del útero después del parto-atonía uterina-, así como un aborto mal practicado. La infección o sepsis suele resultar también de un aborto mal realizado, o de un parto atendido sin la higiene y la asepsia necesarias.

Otra complicación es la toxemia que se caracteriza por una presión arterial elevada que puede conducir a convulsiones e incluso a la muerte, si no se trata en sus estadios más tempranos. Los signos característicos son hinchazón de pies y manos, dolor de cabeza y zumbidos en los oídos; si se detecta a tiempo y se trata de manera adecuada, puede controlarse; sin embargo, por la agudeza y la gravedad con que a veces se presentan los síntomas, la toxemia puede ser difícil de manejar incluso en las mujeres en las condiciones.

A estos problemas se agregan las complicaciones en el momento del nacimiento, que pueden conducir a una operación cesárea-cuya frecuencia es muy elevada en las instituciones de salud de nuestro país-, y a la utilización de procedimientos especiales como el fórceps. El *parto prematuro* también constituye una complicación bastante frecuente, este evento, o los esfuerzos por detener la “amenaza de parto prematuro”, consumen importantes recursos hospitalaria. Todos los problemas mencionados bajo este rubro suelen denominarse causas obstétricas directas.

2) Los problemas crónicos, que se hacen evidentes después del nacimiento y son consecuencia común de los embarazos y partos frecuentes y atendidos de manera deficiente, incluyen el prolapso uterino, las fistulas, estenosis, las cicatrices uterinas, y la falla renal crónica o incontinencia urinaria que, si bien no suelen poner en riesgo la vida de la mujer, afectan mucho su calidad de vida.

Además durante el puerperio, cuando en la atención no se ha cuidado la asepsia, puede ocurrir una infección del útero que se extienda a la pelvis, que en ausencia de un tratamiento eficaz puede extenderse a todo el tracto genital y causar daño en las trompas de falopio y en los ovarios. Las extensas lesiones del aparato reproductor producidas por la enfermedad inflamatoria crónica de la pelvis desembocan con frecuencias en la esterilidad permanente, así como en dolores y molestias que repercuten en la vida cotidiana de las mujeres.

3) Las *enfermedades asociadas* son aquéllas que se presentan o complican como consecuencia del embarazo, entre otras la anemia, la hepatitis, el paludismo, la diabetes y la hipertensión. Estos problemas constituyen las causas obstétricas indirectas; sólo una pequeña proporción de la misma s se registra rutinariamente.

Es importante destacar que además de las complicaciones, la atención del parto normal es la primera causa de egreso hospitalario. En conjunto, los nacimientos sin problemas y complicados ocupan una alta proporción de los recursos del Sistema Nacional de Salud. (Langer y Romero, 1994; citado en: Langer y Tolbert, 1998).

Ahora que sabemos las complicaciones a las que puede enfrentarse una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, tenemos una noción más clara de la maternidad como un evento significativo en la vida de las mujeres, afecta su calidad de vida y por ende su salud, ya que es un cambio vital dentro de la mismas, y se involucra estrechamente tanto con su psique como con su soma así como en sus relaciones sociales.

De hecho, al ir describiendo cada una de las posibles secuelas o estados en la embarazada, estamos aludiendo a un curso "normal" de las cosas, sin complicaciones a nivel fisiológico. Sin embargo el embarazo puede terminar en un aborto, ya sea provocado o espontáneo, pero lo trascendente de dicha experiencia es la huella o marca psicológica que dejará en la mujer, sea por culpa o circunstancial. A continuación describiremos brevemente esta situación.

4.2 Experiencias de pérdidas: aborto e histerectomía.

Se ha venido puntualizando aspectos diversos respecto al significado del cuerpo por la misma mujer, como son el cuidado de la salud, el libre ejercicio de su sexualidad, que se encuentran relacionadas con experiencias positivas, en contraparte se tratan los aspectos negativos, como son las pérdidas, ya sean de salud, de un hijo, un aborto, o intervención quirúrgica donde se puede perder un miembro tan invisible y presente a la vez en la vida de toda mujer, como lo es la matriz (histerectomía).

Pero bien, iniciemos hablando de la experiencia del aborto, que sin duda para cada una de las mujeres que la vivan, quedará como un recuerdo muy importante, por tener relación con la maternidad. Donde la definición de aborto, se entiende como la interrupción voluntaria o no de un embarazo, esto es cuando ocurre antes de la semana dieciséis.

Puede ser clasificado en dos: aborto espontáneo y aborto provocado.

Cuando el embarazo termina durante los meses iniciales, sin que haya interferencia de la paciente o de otra persona, el aborto es espontáneo y las principales causas pueden

ser, las deficiencias hormonales (de tiroides), o algún defecto que sirve de obstáculo al crecimiento normal del producto de la concepción. Cuando un aborto espontáneo es precoz, se acompaña de hemorragia y dolor lumbar, así el feto es expulsado con sangre, con casos en los que la madre no está enterada, por lo que se debe legrar el útero para eliminar los restos de la placenta.

El aborto provocado es cuando la mujer embarazada desecha intencionalmente al feto o contribuye a su muerte, en cuyo caso es considerado ilegal exponiendo a la mujer a un gran peligro, bien por la lesión directa al útero y órganos adyacentes o bien por infecciones iniciadas, en muchas ocasiones, por medicamentos, las cuales sólo ponen en peligro la vida de la mujer.

Moralmente sólo sería admisible cuando existe peligro de muerte para la madre (defensa propia) y que el embarazo proceda de violación o bien exista el riesgo de contagiar al bebé de alguna enfermedad grave, aunque casi en todos los casos es condenado moral y legalmente. De mayor interés resulta este último tipo de aborto (provocado) por el hecho de que es más frecuente ahora que hace tres décadas, que una joven soltera resulte embarazada puede conducir a que desee abortar o induzca el aborto. En el caso de la adolescente soltera, el embarazo es un problema tanto para ella como para el niño ya que aparte del rechazo se encuentra la inexperiencia y la confusión propia de su edad, al respecto Strommen (1992), señala que aunque el aborto no es una solución para ella, el embarazo no deseado le provoca sentimientos de culpa y trastornos psíquicos para toda su vida, por el hecho de que su futuro no le es claro; en estas circunstancias, generalmente se observa un cuadro de angustia acompañado de elementos depresivos severos, el sentimiento de vergüenza y culpa es muy intensa y en ocasiones puede inducir al aborto o puede haber ideación o intento de suicidio.

Sabemos que el significado que otorgue cada mujer ante, las experiencias de aborto o pérdida corporal, dependerán de la forma en cómo se asume cada una de ellas. Es decir, según sea la concepción, el afecto, el cuidado y la representación o significado que cada

mujer de a su propio cuerpo será la forma en como sientan o vivan la pérdida, que puede ser como un proceso normal o como una dolorosa experiencia con culpa.

Quizá para no usar el término “hijo no deseado”, al hablar de aborto casi siempre se lo señala como “*embarazo no deseado*”, término que limita la posibilidad de profundizar en lo que muchas mujeres sienten en realidad. En el caso de las mujeres con problemas de salud, el embarazo mismo representa una amenaza contra ellas y su bienestar; pero para la mayoría, el embarazo en sí no es el problema sino, la responsabilidad de cuidar a un hijo en el futuro. El que las mujeres jóvenes y adolescentes quieran probar su fecundidad, tanto a su pareja como a sí mismas, puede hacer atractivo el embarazo, aunque la realidad de un hijo al final del término represente una imposibilidad dada su inmadurez, la falta de pareja o de un sistema de apoyo (Langer y Tolbert, 1998)

En el caso de las mujeres que ya son madres solteras o que han sido abandonadas por sus parejas, un nuevo hijo puede impedir el cuidado y mantenimiento de los que ya tienen. Es un hecho que sí la madre cuenta con apoyo para el cuidado de su hijos cuando trabaja, o si deja de laborar para atender a un recién nacido, siendo ella el único sostén familiar, pondrá en peligro la salud y la vida del bebé y de sus demás hijos. La situación del aborto en la mujer joven ha sido poco estudiada, aunque es común creer que la mayoría de los abortos se provoca en mujeres jóvenes sin pareja, la realidad a nivel mundial es otra; como es lógico, hay más abortos cuando hay más embarazos, esto es, entre mujeres unidas y casadas. Estas mujeres, y no sólo las solteras jóvenes, son quienes acuden con más frecuencia al aborto, en la mayoría de los casos se debe a una necesidad no satisfecha de anticonceptivos (Op. Cit.).

Hay un factor básico que no se ha mencionado, que es la participación o el papel de los hombres o la pareja, en la decisión de abortar. Para un 30% o 40% de mujeres -el dato se registra en estudios para América Latina- el factor por el que en un embarazo o un hijo no se desea es la decisión del varón de la pareja, que considera el embarazo como no conveniente por razones que oscilan entre no querer formar una familia con la mujer, tener restricciones económicas o celos dentro de la pareja establecida. Si la mujer no cuenta con

el apoyo de su pareja, es mucho más probable que se decida por un aborto, aunque para ella ese aborto no sea deseado (Tolbert, Morris, Romero, 1994; citado en: Langer y Tolbert, 1998).

En estudios sobre América Latina, la falta de apoyo o el abandono de la pareja son determinantes de primero o segundo orden en la decisión de abortar. Sin embargo, rara vez el tema ha surgido como tal en las discusiones de los investigadores; el trabajo de Tolbert y colaboradores demuestra que los investigadores han ignorado la importancia del hombre en la decisión de abortar de la mujer, posiblemente sesgados por el marco teórico/político feminista que sugiere que el aborto debe ser un asunto de mujeres. La realidad es que el hombre ejerce un gran poder en él, como en las demás decisiones sobre la vida reproductiva de la mujer, y que ese poder se incrementa conforme la cultura es más "tradicional" y los roles de género están más definidos. En las sociedades "modernas", es mucho más probable que una mujer tenga la opción de decidir por sí misma, sin temor a las consecuencias; en todo caso, el trabajo de Tolbert hace evidente que la mayoría de los abortos, como de los embarazos llevados a término, son resultado de decisiones en las que los miembros de la pareja están de acuerdo; la sociedad que condena moral o legalmente sólo a la mujer y deja a un actor importante impune en el acto y en las consecuencias, no toma en cuenta este hecho.

Las mujeres jóvenes que abortan toman su decisión influidas por su novio y por su madre. Ehrenfeld, (1992) y Romero, (1993; citados en: Langer y Tolbert, 1998) encontraron que el factor más importante por el que una adolescente aborta o lleva a término su embarazo, dentro de su muestra de adolescentes hospitalizadas, fue el apoyo de la madre. Las que dieron a luz tenían una madre activa en su situación; las que abortaron no tenían tan presente el apoyo materno, y acabaron en el hospital con complicaciones.

Además no sólo la pérdida de salud o de un hijo(a), requiere de un trabajo de duelo, en este caso haremos alusión a las pérdidas de partes de su cuerpo cuando las mujeres son sometidas a extirpaciones de matriz o mamas, por algún padecimiento serio como es el

cáncer en el cuello de la matriz o bien en las mamas, cuya consecuencia extrema antes que la muerte es la histerectomía o mastectomía.

Así señalaremos que el cáncer es una enfermedad seria, relativamente frecuente entre la población adulta y que la mayoría de las veces puede tratarse médicamente y curarse. Llamado también tumor maligno, neoplasia o crecimiento oncológico, puede definirse como una anomalía de la conducta celular en alguna parte del cuerpo. Ocurre cuando las células, en vez de madurar y dividirse en forma normal, empiezan a reproducirse acelerada y desordenadamente; el resultado final es un crecimiento canceroso que puede poner en peligro el funcionamiento del tejido sano que rodea la parte dañada. En síntesis, el cáncer comprende dos procesos: el primero tiene que ver con la conducta desordenada de las células "malignas"; el segundo corresponde a un patrón de enfermedad causado por la expansión de estas células a otras partes del cuerpo (Carrillo, citado en: Langer y Tolbert, 1998).

En cuanto a su origen, se describe al cáncer como una enfermedad multifactorial, es decir que su aparición depende de varios factores que actúan de manera conjunta y reducen la capacidad de ciertas células de mantener su función normal. Las condiciones que incrementan las probabilidades de padecer cáncer se denominan factores de riesgo; por lo que se considera importante que las mujeres conozcan los factores que aumentan la probabilidad de padecer cáncer; este conocimiento permite tomar medidas preventivas para reducir los riesgos de la enfermedad. A nivel nacional, se ha encontrado que el cáncer cervicouterino o del cuello de la matriz es el que se presenta con mayor frecuencia en la población femenina de nuestro país, con una tasa de mortalidad de 10.2 por cada 100 mil; donde algunos de los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino son: inicio temprano de las relaciones sexuales, infecciones genitales, especialmente por virus, múltiples parejas sexuales, deficiente higiene genital de la pareja, multiparidad, edad mayor de 35 años, hábito de tabaquismo y dieta insuficiente en frutas y verduras (Op. Cit.).

El desarrollo lento de este cáncer ofrece oportunidades para identificarlo en sus fases iniciales, sin embargo, el hecho de que no produzcan molestias hace que muchas mujeres ni

siquiera consideran el riesgo. En general, cuando los síntomas aparecen, es porque el mal ya está muy avanzado, por lo que, es importante recordar que la prueba de Papanicolaou que es simple e indolora y que puede solicitarse en cualquier centro de salud, es capaz de identificar el cáncer de cuello de la matriz en sus fases iniciales. El tratamiento del cáncer cervicouterino que se inicia es diferente al del cáncer avanzado, los medios de que se dispone actualmente para tratar la enfermedad son la cirugía, los medicamentos quimioterapéuticos y las radiaciones; el objetivo de los tratamientos es eliminar por completo el tumor; si la lesión es grande es más difícil y complejo lograr dicho propósito.

Es posible tratar el cáncer inicial o la lesión preinvasora extirpando el cuello de la matriz y, a veces a la matriz misma, este procedimiento se viene utilizando desde hace tiempo; además de que priva a la paciente de su función reproductiva, requiere de anestesia y de una hospitalización mínima de tres días. Cuando el cáncer es invasor, el tratamiento conservador no es el indicado, pues el padecimiento ya se ha diseminado; en este caso, lo que procede es la histerectomía radical, esto, la extirpación de la matriz y el cuello junto con algunos tejidos y órganos vecinos, seguido por un tratamiento de radioterapia con duración de varios meses y, en casos especiales, de quimioterapia (Op. Cit.).

Circunstancias tan lamentables pueden evitarse si las mujeres cuidan su salud y recurren a la atención médica para tratar de manera temprana cualquier infección ginecológica. Asimismo, es importante la toma anual del Papanicolaou, que permite descubrir a tiempo un eventual cáncer de la matriz y que, en su caso, permitirá aplicar un tratamiento médico sencillo que habrá de lograr una curación completa (Carrillo; citado en Langer y Tolbert, 1998).

Así tenemos que en ambos casos hay dos tipos de pérdidas, en el aborto la mujer pierde la posibilidad de ser madre y su vez al hijo(a) real, al ser humano que se había gestado en ella, considerado como un ser independiente una vez que naciera. En el segundo caso se considera, tanto la pérdida o la falta de salud, como el órgano que le fue retirado, más aun cuando se trata de partes vitales para el significado de la feminidad; como son las

mamas (senos) o la matriz, una por estética y característica distintiva del sexo femenino y la segunda por la posibilidad latente de maternidad

4.3. Repercusiones psicológicas de dichas experiencias.

Una vez que se ha abordado el tema de experiencias de pérdidas es necesario señalar las consecuencias emocionales o psicológicas derivadas de ellas, lo que constituye el proceso de *duelo*, que es definido como un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales, así la pérdida es emocionalmente conflictiva en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es *dolorosa*. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el duelo.

El proceso de duelo lleva cuatro fases secuenciales: 1) Experimentar pena y dolor, 2) Sentimiento, ira culpabilidad y resentimiento, 3) experimentar apatía, tristeza y desinterés y 4) reaparición de la esperanza y reconducción de la vida.

Sus manifestaciones aparecen en las siguientes formas: a) Sentimientos de tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autorreproche; b) Sensaciones físicas como estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad o los ruidos, sentido de despersonalización y sensación de ahogo, boca seca; c) Cogniciones o pensamientos de incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido (objeto perdido), alucinaciones visuales o auditivas y d) Comportamientos o conductas como soñar con el objeto perdido, trastornos del apetito por defecto o por exceso, conductas no meditadas dañinas para la persona (conducción temeraria), retirada social, suspiros, hiperactividad y llanto, o bien frecuentar los mismos lugares.

Se sugiere que las tareas para superar un proceso de duelo sean: Aceptar la realidad de la pérdida, sufrir pena y dolor emocional, ajuste al medio sin el objeto, parte del cuerpo o persona perdida (o) y quitar la energía emocional del fallecido reconduciéndola hacia otras relaciones (www.aupec.univalle.edu.co/informes/gestantes.html).

Sin embargo, existen también otros casos como cuando el embarazo es dentro del matrimonio y no se quiere tener un hijo, por diversas razones, se entra en un estado de angustia, desesperación y muchas veces de depresión a pesar de que su vida sexual sea satisfactoria, y el ajuste conyugal más o menos normal, no desea el embarazo debido al desgaste biológico o a la situación económica que puede ser muy precaria y podría ser más con el nuevo bebé, de esta manera la mujer puede llegar angustiada, deprimida con la petición de que se ayude a abortar.

En los casos en que se lleve a cabo el aborto, encontramos que el dolor emocional casi siempre se manifiesta en una o más de estas formas:

1.- Dolor crónico prolongado, no dejando a la mujer seguir adelante con su vida.

2.- Dolor pospuesto, dolor que se manifiesta más tarde en la vida de la mujer, al hacer un bebé suyo, de una amiga, en un funeral, el dolor aumenta en su intensidad y se manifiesta en maneras más patológicas cuando es retenido por mucho tiempo.

3.- Dolor exagerado, separándose de cualquier persona o cosa, a uno de la experiencia del aborto, como por ejemplo; del novio, de la amiga que aconsejó el aborto, muchas mujeres no pueden aspirar, usar la aspiradora en sus casas, porque el sonido de la máquina les recuerda al del aborto.

4.- Dolor enmascarado, la mujer reconoce los síntomas, sabe que reconoce una frigidéz o cansancio constante en ojos, preocupación de embarazos, lo que sea, pero no conecta los síntomas con la pérdida que sufrió en el aborto (Op. Cit.).

Sin embargo, sabemos que muchas mujeres experimentan una pérdida de este tipo sin haberlo provocado, atravesando un proceso de duelo que de no resolverse adecuadamente interfiere seriamente en la vida posterior a la pérdida sufrida.

Asimismo Nasio (1999), refiere que *el dolor es una reacción a la pérdida del amado, a la pérdida de su amor, a la pérdida de mi integridad corporal, o incluso a la pérdida de la integridad de mi imagen.*

Es cierto que se puede estudiar el dolor tomando como ejemplo la aflicción que nos afecta cuando nos golpea la muerte de un ser querido. El duelo de la persona amada es, en efecto, la prueba más ejemplar para comprender mejor la naturaleza y los mecanismos del dolor mental, sin embargo, sería falso creer que el dolor psíquico es un sentimiento exclusivamente provocado por la pérdida de un ser querido, o bien puede ser el dolor del abandono, cuando el ser amado nos retira súbitamente su amor; de la humillación, cuando somos profundamente heridos en nuestro amor propio; y el dolor de la mutilación cuando perdemos una parte de nuestro cuerpo. Todos estos dolores son, en diferentes grados, dolores de amputación brutal de un objeto amado, aquel al cual estábamos tan intensa y duraderamente vinculados que regulaba la armonía de nuestro psiquismo, en fin no hay dolor sin un trasfondo de amor.

El yo es como un espejo donde se reflejan las imágenes de partes de nuestro cuerpo o de aspectos de nuestro amado, donde un exceso de investidura en una de estas imágenes significa amor si la imagen se apoya en la cosa real de la cual ella es reflejo, en cambio el mismo exceso de investidura significa dolor si el soporte real nos ha abandonado; por un lado, el amor ciego que niega la realidad de la pérdida y, por el contrario, la resignación lúcida que lo acepta, son los dos extremos que desgarran al yo y suscitan dolor. El dolor psíquico puede resumirse en una simple ecuación: un amor demasiado grande en nuestro interior para un ser que ya no existe o una parte del cuerpo que se ha perdido, hay que pensar al duelo como un lento trabajo gracias al cual el yo deshace pacientemente lo que había anudado en una urgencia bajo el impacto de la pérdida; el duelo es deshacer lentamente lo que se había cristalizado precipitadamente.

Donde desinvertir la representación significa retirarle su exceso de afecto, reposicionarla entre las otras representaciones e investirla de modo diferente, así el duelo puede definirse como un lento y penoso proceso de desamor hacia el desaparecido para ubicarlo de otro modo; entendámonos bien; con el duelo, el doliente no olvida al difunto ni deja de amarlo; sólo se atenúa un vínculo demasiado excesivo y reactivo a la pérdida brutal (Nasio, 1999).

Al mencionar lo que implica una pérdida a nivel psíquico estamos aclarando que al ser la mujer quien sufre regularmente pérdidas del ser amado o de partes de su cuerpo, resulta importante que resuelva con prontitud dicho duelo, ante lo que Aguirre de Cárcer (1989), señala: todo cuanto acontece en nuestro cuerpo tiene su repercusión en el mundo de los afectos, lo que da lugar, a su vez, a cambios en nuestra relación con nosotros mismos, con los demás y todo ello se manifiesta en nuestra conducta, por lo que es lógico que estas situaciones que estudiamos se manifiestan claramente en la conducta de la mujer. Lo que se puede manifestar como "pérdida de objeto", que a su vez da lugar a una situación de "duelo", éste a su vez puede ser "elaborado" o "no elaborado". Hablamos de duelo elaborado cuando la persona que lo padece ha tomado conciencia de lo que le ha sucedido, en este caso concreto ha perdido algo suyo y valioso: su hijo, lo que naturalmente da lugar a una depresión reactiva que se manifiesta en forma de tristeza, desinterés, apatía, etc., pero la mujer acepta lo que ha perdido y trata de afrontar de nuevo la vida aunque lo haga de una forma inicialmente dolorosa, se trata en general de un episodio depresivo que se mantiene durante unas semanas y que no deja secuelas.

Si nos referimos a otro tipo de pérdidas a nivel biológico que afectan la emotividad de la mujer, se puede hacer referencia a la menopausia, como una crisis o punto nodal en la vida de una persona, que bajo condiciones favorables se convierten en pasos específicos de la maduración y desarrollo de los seres humanos que los preparan para enfrentar las funciones de la fase vital siguiente. Como señala López (1996), la menopausia, al igual que la pubertad y el embarazo, es un período de crisis durante el cual se producen cambios, desequilibrios psíquicos y somáticos importantes. Se presenta una activación de conflictos psicológicos inconscientes así como una reorganización intrapsíquica ante el hecho de la terminación de la capacidad reproductiva y el inicio inexorable del envejecimiento.

La crisis de la menopausia tiene sus fases y asume a la mujer transitoriamente en un espacio mental complejo, ambiguo, conflictivo y lleno de insatisfacciones, angustias y síntomas depresivos. Se ve afectada su auto imagen, estado psicológico, sexualidad, sus relaciones familiares, de pareja y su capacidad funcional, donde la reacción de ésta depende de la forma de aparición, su edad, estrato socio-cultural, nivel de desarrollo

psicosexual alcanzado, estructura psicológica, experiencias vivenciales, factores familiares, ambientales y su estado de salud física (Op. Cit.)

Se ha venido mencionando como cada una de las experiencias que implica la fisiología de la mujer, repercuten en un cambio físico y psicológico en su salud, en muchas ocasiones son estas situaciones las que propician que sea internada en una institución sanitaria debido a los cuidados que necesitará, ya sea en un parto, legrado o intervención quirúrgica en específico, son preferentemente otorgados por personal médico.

De ahí la importancia de insertar a otro tipo de profesionistas, puesto que con la presencia de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, ya está cubierta la atención de salud a nivel físico y social, pero que hay con el aspecto psicológico y emotivo de la mujer; es ahí donde justamente apoyaría bien un Psicólogo(a), por ser el indicado para poder escuchar a dichas mujeres, y plantear alternativas de vida, aunque sólo sea por un tiempo breve, ya que la estancia de ellas no es superior a los 2 o 3 días. A pesar de ello, nos parece importante incluir a este profesionista puesto que ayudaría sin duda, a "calmar" sus miedos, inquietudes, a expresarse en este momento tan significativo y emotivo, donde inician una nueva situación ya que aparentemente cuando el embarazo pasa sigue un estado de tranquilidad en cuanto a desgaste físico pero curiosamente la nueva etapa le implica mayores responsabilidades para la nueva madre que quizá se pregunte ¿cómo hará para educar a este pequeño ser?, y ¿cómo esto cambiará su forma de vida?.

Es por dichas necesidades afectivas a las que está expuesta la mujer durante una hospitalización que debía incluirse un Psicólogo (a) que conozca y maneje información acerca de las situaciones tanto físicas como psicológicas por las que atraviesan las mujeres hospitalizadas, a partir del nacimiento de un hijo, un aborto, así como las pérdidas a nivel físico: partes de su cuerpo (órganos) por una enfermedad imprevista que altera de manera radical su psiquismo al confrontarla con su propio cuerpo.

Donde la formación de dicho profesionista es una alternativa que puede ayudar a la recuperación de las pacientes hospitalizadas, ya que la intervención permite abrir nuevas

expectativas y se cuestionen sobre sus proyectos de vida más inmediatos, y aunque no podamos asegurar que esto ocurra, es muy probable por la trascendencia de los momentos que enfrentan dichas mujeres. La integración de estos profesionales en el área médica implica un proyecto de trabajo inter y multidisciplinario, que poco a poco se ha estado llevando a cabo pero aun no se integra oficialmente, así a continuación se abordará el tema en forma más amplia.

CAPÍTULO 5

LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO COMO ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO

5.1. El funcionamiento de la institución médica al cuidado de la salud.

La salud constituye parte esencial de la vida misma ya que sin ella o con sólo una alteración en la misma, se mueve todo nuestro esquema de vida al no permitir desarrollarnos en las actividades cotidianas. Esto quizás nos lleva a valorar más el estado de salud, así como también evaluar las personas, actividades y logros obtenidos dentro de nuestras vidas, pues creemos que en la hospitalización afloran sentimientos por ser un momento en que se apartado de todo, y se piensa que la cotidianeidad se detiene. Por ello consideramos que es importante indagar qué les significa a las personas y en especial las mujeres estar en una institución médica por uno o más días.

Es sabido que la Medicina como ciencia ha sido la encargada del cuidado y atención de proceso de salud y enfermedad, en diferentes niveles y lugares, en que las instituciones de salud pública tienen el compromiso organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. Estos esfuerzos de la medicina se dividen en dos vertientes: preventivas y asistencial.

Siendo la salud pública una responsabilidad de los gobiernos, son las acciones de fomento y defensa de la salud, prevención de las enfermedades, restauración de la salud los que se llevan a cabo por los servicios de salud y con la medicina preventiva se trata de reducir y la incidencia de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas (Gil y Calero, 1991).

Además el sector salud, recibe el soporte de medios profesionales no médicos (sociólogo, psicólogos, etc.) que trabajan en los servicios de salud, las organizaciones internacionales (OMS).

Es importante recordar que las instituciones que dividen en niveles en donde se debe tener la capacidad de atender las necesidades de las comunidades así como de organizar sus atenciones en diferentes posturas. En nuestro país hay tres niveles de atención; nivel primario de asistencia, segundo nivel de asistencia y tercer nivel de asistencia, es decir, 1) hospital regional, 2) hospital de distrito, y 3) hospital rural o en centro de salud (Op. Cit.).

Como sabemos la Medicina se ha encargado históricamente del cuidado de la salud del género humano, ya que bajo su particular marco y sistema de atención, es como se han ido creando las diferentes instituciones de salud y sistemas de atención particulares para cada tipo de padecimiento y población en específico, por lo que hablaremos de la forma de atención del médico hacia su paciente y/o humano enfermo, así como de su buen o mal funcionamiento.

Encontrando que la institución médica se haya en crisis, puesto que la medicina quiere situarse fuera del marco social y cultural al detentar la palabra verdadera, la única “científica” y por lo tanto, intocable, por lo que resulta necesario cuestionarse acerca de la eficiencia de la medicina como institución social, sobre todo si consideramos la visión del hombre que defiende y la representación del cuerpo en que se basa. Así el saber anatómico y fisiológico en que se basa la medicina consagra la autonomía del cuerpo y la indiferencia hacia el sujeto al que encarna; hace al hombre un propietario más o menos feliz de un cuerpo que sigue designios biológicos propios (Lebreton, 1995).

Es decir, el médico despersonaliza la enfermedad en la elaboración gradual de su saber, de su saber-hacer, la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, al sentido de la enfermedad, para considerar solamente al “mecanismo corporal”. La medicina apuesta al cuerpo, está basada en una antropología residual, no es un saber sobre el hombre, sino un saber anatómico y

fisiológico, que hoy llega a su grado extremo de refinamiento. La hiperespecialización de la medicina actual en torno de ciertas funciones u órganos, la utilización de nuevas tecnologías de diagnóstico por imágenes, el recurso terapéutico a medios cada vez más dependientes de la técnica, especialmente a sistemas informatizados de diagnóstico, son lógicas médicas, entre otras, que llegan a un desenlace. En la búsqueda de una eficacia propia, la medicina construyó una representación del cuerpo que coloca al sujeto en una especie de posición dual respecto de sí mismo, donde el enfermo es sólo el epifenómeno de un acontecimiento fisiológico que sucede en el cuerpo, incluso el lenguaje con el que se hace referencia a los enfermos “el corazón empieza a gastarse”, “es el colesterol”, etc. o el de la rutina de algunos servicios hospitalarios “el pulmón de la cama 12”, “la escara de la 34”... registran correctamente este dualismo que diferencia entre hombre y cuerpo, y a partir del cual la medicina estableció sus procedimientos y su búsqueda de eficacia, al mismo tiempo que sus límites (Op. Cit.).

Consideremos que la formación que hasta hace algunos años ha tenido el médico no contempla al ser humano completo, ya que al momento en que atienden a sus pacientes se enfocan sólo a la parte enferma (órgano enfermo), y asimismo se expresan dividiendo a ese ser humano que está compuesto además por sentimientos, deseos, angustias que constituyen su estado de salud actual.

Además Lebreton (1995) señala que esta visión de la enfermedad sólo puede llevar a que el enfermo se abandone, pasivamente, en las manos del médico y espere que el tratamiento haga efecto, ya que la enfermedad es algo distinto de él: el esfuerzo que pueda hacer para curarse, la colaboración activa no se consideran elementos esenciales; el paciente no es llevado a hacerse cargo de él, lo que se pide, justamente, es que sea **paciente**, tome los remedios y espere los efectos. Este es el escollo de una medicina que no es la del sujeto: se recurre a un saber sobre el cuerpo que no incluye al hombre; las razones de su eficacia son las mismas que la de sus errores, la medicina considera sus logros superiores a sus errores; pero de esta manera da pie a un debate público, donde la medicina (con frecuencia) cura una enfermedad, pero no a un enfermo, es decir, a un hombre inscripto en una trayectoria social e individual.

Siendo así, muchos médicos no consideran esencial la relación que se establece con los pacientes (y, paradójicamente, esto sucede también en la psiquiatría), la consulta o la visita a la casa del enfermo se reduce sólo a recoger la información necesaria para realizar el diagnóstico. En la medicina liberal, a menudo a causa de la necesidad de rentabilidad, muy poco terapéutica para el paciente; en la medicina hospitalaria el aspecto de las relaciones se traslada a las enfermeras o ayudantes, situación en la que el médico valora más el aspecto técnico de la profesión que el humano (Op. Cit.).

Al hablar de un abandono del ser humano, se está abordando la importancia que tiene en la actualidad esa falta de atención personalizada hacia el paciente o enfermo, ese interés por parte del médico hacia sus pensamientos y emociones. Donde el malestar actual de la medicina, y el flujo de enfermos derivado hacia los curanderos y los que ejercen las llamadas medicinas paralelas, muestran la fosa cavada en el médico y el enfermo; así la medicina está pagando por su desconocimiento de datos antropológicos elementales; olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos que no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar. La medicina, en la búsqueda de la mejor objetivación, plantea la separación absoluta entre el sujeto y el objeto de conocimiento, separándose del enfermo y de la enfermedad para que ésta sea la base del saber (Lebreton, 1995).

Así en la medida en que el saber médico se cree dueño de los conocimientos que le devolverán la salud, éste explica tanto el proceso de enfermedad como las posibles formas de cura en términos poco entendibles (tecnicismos) que lejos de dar una aliciente al paciente le dejan dudas y angustias, al no saber con precisión qué le ocurre a su cuerpo, lo que genera un alejamiento en la relación médico-paciente y por ende afectar el proceso de recuperación.

La presunción de ignorancia que se aplica al enfermo (o a las medicinas que no controla), le asegura a la institución médica la certeza y la superioridad de su saber, alimenta también la desconfianza y las deserciones de una clientela que busca en otra parte una mejor comprensión. Si no se busca un intercambio comprensivo con el enfermo, el establecimiento de una convivencia, el médico se expone a la ineficiencia del tratamiento

que prescribe; donde el ser médico tiene su origen tanto en el arte como en la ciencia, se vuelve “demasiado lleno de saber”. Así la demanda, bien conocida, de remedios por parte de los pacientes está, con frecuencia, vinculada con una carencia de relación; el medicamento toma el lugar de la escucha o del contacto que no tiene el tiempo suficiente como para satisfacer al paciente, para reconocerlo en su sufrimiento; la dimensión simbólica se restaura, de contrabando, por medio de este recurso (Op. Cit.).

Precisamente eso es lo que sucede con las medicinas blandas o alternativas ya que se hacen cargo, sin detenerse en ellas, como si se tratase de una psicoterapia, de las patologías más importantes de la modernidad (stress, soledad, miedo al futuro, pérdida del sentimiento de identidad, etc.); esto tranquiliza al paciente y levanta sus defensas. Ofrecen respuestas que no se detienen en el órgano o en la función enferma, sino que se dedican a restaurar equilibrios orgánicos, y existenciales que se habían roto, son sobre todo “médicos de la persona”, se dan tiempo para hablar y para escuchar, para realizar gestos, para el silencio y tienen que contar con una sólida capacidad para resistir a las angustias de los pacientes. Pero le restituyen al sujeto la plena responsabilidad en la asunción de sus trastornos; la fuerza plena responsabilidad en la asunción de sus trastornos, así tenemos que la fuerza de las medicinas alternativas reside en esta capacidad para movilizar una eficacia simbólica que la institución médica a menudo no tiene en cuenta (Lebreton, 1995).

Mientras que por un lado la ciencia médica con todo y sus adelantos tecnológicos al servicio de la salud aún lucha por un control en la atención integral de la salud, no ha logrado una plena relación de confianza e identificación con el paciente o enfermo, ante lo que éste último piensa y siente que algo le hace falta para “sentirse” totalmente sano o curado, por lo que podemos señalar que el sólo hecho de mencionarle a un enfermo que será sometido a tratamientos, estudios, análisis clínicos, etc., en primera instancia ya le trae ideas estresantes por considerar que no sabe qué es lo que pasará ni el por qué. Y bueno si nos adelantamos un poco en suposiciones sabremos que es peor el estrés cuando a dicho enfermo (a) se le dice que será intervenido quirúrgicamente o bien hospitalizado, y bueno esa sola palabra ya le inculca cierto temor ante un evento que debiera ser tomado como parte de un proceso y no como algo incómodo o extraño, que pareciera es la impresión que

causa a la mayoría de los enfermos u hospitalizados, que con tantos procedimientos extraños no saben ni qué pensar ni como actuar, donde es un evento significativo para cualquier persona.

Aunque actualmente el hecho de ser hospitalizado es más común que en décadas anteriores, no deja de ser una experiencia significativa para la mayoría de las personas, más aún cuando las circunstancias que originan la hospitalización no son esperadas o bien son especialmente importantes para éstas; ya que obviamente dependiendo del estado de salud del (a) paciente, será en gran medida la calidad de su estancia en la institución médica. Si aterrizamos en nuestro tema de interés, hablaremos de que los casos particulares, por los que son ingresadas a un Hospital algunas mujeres en edad reproductiva son: un aborto o legrado, un parto con o sin complicaciones, hasta una cirugía como una histerectomía (extirpación de la matriz), por lo que el significado otorgado a dichas experiencias será particular en cada mujer, aunado a lo que implica la hospitalización como experiencia aislante por sí sola. Recordemos que en capítulos anteriores se habla de que las mujeres en su mayoría se ven en la necesidad de ser hospitalizadas a pesar de contar con buena salud, esto por el parto y/o embarazo.

Consideramos que es ante situaciones como las mencionadas que se requiere de una adecuada atención interdisciplinaria, de ahí la importancia de la inserción del Psicólogo como un profesional en el área de Gineco-Obstetricia, donde las intervenciones aportan beneficios o estados de reflexión en dichas situaciones, como se ha venido mencionando las experiencias por las que cada una se halla ahí son desgastantes física y emocionalmente, aun cuando el momento pueda ser muy esperado o significativo emocionalmente como en el caso del nacimiento de un hijo.

5.2. La hospitalización como evento significativo.

Hay ocasiones en que la hospitalización puede considerarse como un evento estresante, ya que al momento en que una mujer es internada sin esperarlo, ‘pierde’ un tanto su identidad, al encontrarse en un medio de gente desconocida y sin algo que le

identifique como lo hace habitualmente (ropa, pertenencias, etc.) por lo que pudiera sentirse incómoda, sin poderse comportar y desenvolver con normalidad, todo ello aunado al fenómeno de la enfermedad o razón particular de hospitalización.

Según Taylor (1986; citado en Latorre y Beneit, 1994) los actuales hospitales distan mucho de ser similares a los primeros que existieron como tales, ya que en su origen servían para guardar una serie de enfermos y, casi siempre, bajo el punto de vista y la dirección eclesiástica, en donde a finales del siglo XIX, se atendían tanto a enfermos como a indigentes que compartían el encierro. Así poco a poco el esquema original de los hospitales ha ido cambiando, para que hoy en día aún se observan cambios importantes en la concepción de éstos, baste decir que en los últimos treinta años se ha duplicado el número de admisiones hospitalarias, disminuyendo de forma significativa la estancia media de los pacientes.

Este hecho nos hace ver a los hospitales como grandes estructuras especializadas, con un amplio número de profesionales que desarrollan un trabajo superespecializado sobre aquellos problemas de salud que no pueden ser atendidos por otros cauces. Aunque a primera vista un evento como la hospitalización es algo positivo, una vez que pensamos en el impacto que el hospital tiene sobre el paciente; resulta ser un tanto estresante o incómodo, ya que cuando una persona es incorporada a una institución social compleja, como el hospital, sufre las consecuencias del compromiso con la institución social, cuya estructura y funcionamiento pueden engendrar y sostener pautas de conflicto, confusión y disestrés (Rodríguez, Reig, y Mira, 1987; citado en Latorre y Beneit, 1994).

Tenemos así que la gran estructuración de los hospitales hace que dentro de su organización existan diversos objetivos y, por lo tanto, distintos roles a desempeñarse por cada uno de los grupos profesionales. Así el paciente responde a estos roles diferenciados con distintas expectativas, acomodando el rol de enfermo a cada uno de los grupos profesionales con los que trata, se le exige así una serie de cambios que no hacen sino aumentar el conflicto que ya sufre; donde los diferentes objetivos de los profesionales se ven reflejados en un aspecto tan importante como la comunicación, y son los fallos en ésta

los que mayores problemas producen al sujeto hospitalizado. Por ejemplo, un médico puede tener acceso a información a la que no tiene acceso la enfermera y, sin embargo, ésta mantiene un contacto diario con el paciente, siendo quien mejor va a conocer, por lo tanto, la evolución de éste y si la comunicación entre ambos falla, los distintos aspectos sobre la evolución del paciente nunca llegan a complementarse, con un deterioro para la interacción de ambos con el paciente y, por supuesto, del tratamiento al que está sometido.

Así que las características que, en general, aumentan la potencialidad estresante de cualquier acontecimiento son, entre otras: la involuntariedad, la indeseabilidad, el carácter no programado y la incapacidad de control por parte del sujeto que lo padece. De las características señaladas, todas se presentan en una experiencia como la hospitalización, así como acontecimientos no programados, la enfermedad, constituyen cambios de vida en el seno del sistema social y son determinados por éste hasta el punto de imponer una adopción de un nuevo rol en cada caso, y el impacto de los demás papeles sociales representados por la persona durante su interacción social. Podemos incluir así la hospitalización entre los acontecimientos estresores, y que implican además la adopción de una posición social y su correspondiente papel con efectos también estresantes (Rodríguez, Reig y Mira, citado en: Latorre y Beneit, 1994).

Por ejemplo, existen instituciones gubernamentales que desafortunadamente incrementan dichos estados de estrés, por el trato del personal hacia los pacientes, que generalmente es distante, y hasta cierto punto con falta de sentido, ya que a pesar de que los expedientes tienen los datos personales, tal pareciera que cuando hay un acercamiento sólo es para administrar medicamento o saber si hubo complicaciones serias durante la noche, fuera de ello, el paciente se encuentra de alguna forma despersonalizado, sin saber qué actitud será mejor adoptar.

Así Raciman y Phillips (1975; citado en Latorre y Beneit, 1994) definen ¿cómo responde el paciente al acontecimiento de la hospitalización? con cinco características:

1. Ansiedad o miedo.
2. Incremento de irritabilidad.
3. Pérdida de interés por el medio exterior.
4. Infelicidad.
5. Preocupación con los procesos corporales.

Aunque debemos señalar específicamente cuáles son las características concretas de la hospitalización que pueden ser consideradas estresoras; según refiere Taylor:

1.- En primer lugar, generalmente la persona ya está enferma antes de su ingreso en el hospital y por lo tanto la resistencia al estrés ya está disminuida. El paciente llega al hospital con la ansiedad y/o depresión como consecuencia de estar enfermo, y con todas las obligaciones de los diferentes roles sociales, que deja sin cumplir.

2.- En segundo lugar, los procedimientos de admisión anulan todas las características que son usualmente identificadores sociales de la persona, (ropas, pertenencias personales, objetos de adorno, etc.). Es entonces cuando el paciente va dándose cuenta de que tiene que ir adquiriendo el papel del buen paciente, de paciente pasivo.

3.- En tercer lugar, el paciente conducido a la habitación ve desaparecer totalmente el mundo privado e íntimo y se torna totalmente accesible a un conjunto de personas totalmente desconocidas para él.

4.- En cuarto lugar, algunas de estas personas le someten a pruebas y análisis peculiares, sobre los que no tiene ninguna información y cuyos resultados probablemente nunca conocerá. Inmerso en esa dinámica, el paciente hospitalizado aprende pronto que el hospital está organizado más para conveniencias del personal que para la atención del enfermo.

5.- En último lugar, la renuncia por parte del paciente a la iniciativa, a los derechos y, por supuesto, a la reclamación activa. Al mismo tiempo, aprende que sus pensamientos y emociones no interesan demasiado, que son los síntomas corporales los que tienen importancia, y que sus necesidades se verán atendidas si pueden traducirse o comunicarse como quejas físicas.

Dado el momento de aislamiento que se vive durante una hospitalización, es evidente que los sentimientos y reflexiones de las personas afloran respecto a su situación de vida actual, pasada y futura. Además el estar internado es un momento crucial, que cambia nuestra vida, ya que pudiera ser que se salga con una parte del cuerpo menos, con un estado de salud delicado o bien sin los síntomas con los que se ingreso a partir de esto las personas se cuestionan el valor de sus vidas.

Como ya hemos señalado, la forma en que el saber médico trata los padecimientos de las personas hospitalizadas además de generar estados de incertidumbre y angustia, conlleva un estado de soledad donde todas las internas son iguales, ya que en una cama pareciera que pierden su identidad o funciones propias, de ahí la importancia de la interdisciplinariedad, donde el Psicólogo ayude a aterrizar los cuestionamientos surgidos en un estado de vulnerabilidad, así como guiar en la búsqueda de respuestas a partir de situaciones tan significantes como son: la maternidad, la pérdida de salud, de un hijo o bien de una parte de su cuerpo.

5.3. El trabajo interdisciplinario en el área de Gineco-Obstetricia.

En base al interés por parte de los psicólogos en el área de la salud, tenemos una nueva especialidad de la Psicología Social Aplicada, que desde finales de los setenta ha recibido el término de *psicología de la salud*, entendida como la actividad de la psicología y sus profesionales en el área de la salud, que se concentran en las contribuciones para la promoción y mantenimiento de la misma (Buela- Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Siendo así a partir de 1988 se han ido dando intentos más formales de incorporar los enfoques y metodologías de la Psicología a la atención de la salud, incluyendo la necesidad de incluir al psicólogo como parte del personal básico para atender la salud de las poblaciones, quien funciona como un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el auto cuidado de la salud y además, ser el enlace entre ésta y el equipo de salud, aunque no se hayan definido sus funciones y para el aprovechamiento máximo de sus capacidades.

De hecho el psicólogo ya se está considerando formalmente como parte del equipo médico, de modo que su trabajo consiste en ayudar a los pacientes tanto, en la recuperación y prevención de la recurrencia de su enfermedad, así como en el afrontamiento de la misma, en el tratamiento médico, incapacidades, condiciones terminales y depresiones; de hecho el número de psicólogos en los hospitales crece día con día (Enrigh, Resnick, De León, Sciara y Tanney, 1990; citado en: Ramírez, 1999).

Con esto podemos destacar el hecho de que haya psicólogos que están haciendo algo con el equipo de salud, específicamente en los Hospitales, aunque no sea a nivel mundial, puesto que la profesión no debe esperar a que el Sistema Nacional de Salud los llame, más bien, debe organizarse demostrando las habilidades que posee para trabajar en este sector, aún cuando el panorama se vislumbra difícil es necesario empezar a implementar políticas que permitan al Gobierno Federal darse cuenta del apoyo que puede aportar el psicólogo en el área de la salud.

Todos estos cambios se han ido dando a raíz de que el campo de la salud ha tenido cambios en las áreas que la estudian y ha sufrido transformaciones desde su definición hasta su objeto de estudio, cambiando el nivel de análisis del individuo aislado, hacia el análisis de los factores que propician, promueven y mantienen al individuo sano tanto en el grupo familiar como en la comunidad en que se desenvuelve, así la salud deja de ser, la simple ausencia de patología, para ser definida como la armonía y el bienestar de las personas en sus aspectos biológicos, cognoscitivos, afectivos y de comportamiento, abarcando los ámbitos más extensos de la vida familiar y social, lo que implica la necesidad

de ensayar nuevos esquemas complementarios de atención, que suplementen los que actualmente se ha venido desarrollando en las instituciones de salud.

Al respecto García y Rodríguez (citado en: Alvaro, Garrido y Torregoza, 1998), mencionan que es importante contribuir al estudio de factores psicosociales asociados al padecimiento de la enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y adaptación de la enfermedad, esto se puede llevar a cabo por medio de la interpretación del mismo paciente, la construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura, los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud en nuestra cultura, los efectos de los procesos; así como también los efectos de la misma hospitalización.

En el caso de las mujeres la hospitalización no obedece sólo a determinada enfermedad, ya que en el área de Gineco-Obstetricia dentro de un Hospital, algunas de las causas principales por las que se hospitaliza a una mujer son: el cuidado del embarazo (en caso de amenaza de aborto), el parto, así como el pos-parto, aborto o intervenciones quirúrgicas, que a pesar de no presentar un cuadro de estrés o depresión en la misma medida que la enfermedad, sí afectan a la estabilidad emocional de la mujer, exponiendo aún más su vulnerabilidad.

Y es precisamente en este sentido, donde el psicólogo juega un papel muy importante ya que actúa como intermediario entre paciente y médicos, desarrollando procedimientos terapéuticos para intervenir en el impacto emocional de la hospitalización, mejorar la adaptación psicosocial de la enfermedad y sus estrategias de afrontamiento, y diseñando intervenciones psicosociales en la preparación de enfermos quirúrgicos, y mejorar el entorno social de los enfermos en situación terminal.

Una vez que hemos señalado la necesidad de integrar a un otro profesionalista al equipo de trabajo de un Hospital y señalar que es el psicólogo el indicado para desarrollarse en un área importante en la recuperación integral de los hospitalizados, por ser el encargado de: escuchar, orientar, dar alternativas e intervenir en situaciones de crisis emocional, podremos aterrizar en el área de nuestro interés: Gineco-Obstetricia.

Donde sabemos que algunos de los eventos importantes de intervención psicológica se dan: cuando hay preocupación excesiva por el abandono de responsabilidades propias de dichas mujeres, la incertidumbre acerca de su estado de salud y la de su hijo(a), depresión post-parto, así como ante la situación emocional en que se encuentran ante la maternidad, ya sea en compañía o ausencia de la pareja, además de apoyo familiar, económico y moral de amistades entre otros. No olvidemos que en dichos lugares las vivencias se hallan relacionadas con el cuerpo y el dolor como posible consecuencia de la propia maternidad o en caso extremo, de pérdidas: sea por aborto o muerte de un hijo, durante o después del nacimiento, así como duelo por la ausencia de un órgano tan significativo para la mujer como el aparato reproductor, o bien la matriz, que aunque físicamente no afecte la salud psíquicamente sí; ya que es indudable que cada una de estas mujeres experimentará su vivencia como algo único y trascendental en su vida.

Poco a poco el Psicólogo se ha ido insertado en el ámbito de la Salud, como es nuestro caso, en el Hospital General de Tlalnepantla, como parte del equipo de salud en el Área de Gineco-Obstetricia, no olvidemos señalar que es ésta una de las pocas instituciones que cuentan con la inserción del psicólogo en el ámbito hospitalario, en tanto podemos hablar de que ya existe una aceptación y reconocimiento del trabajo que se puede desempeñar como agente de cambio en la salud del ser humano.

El porque se decidió trabajar con dichas personas obedece a que éstas representan en parte la realidad vivida por algunas mujeres de nuestra sociedad, vinculados con la maternidad, la negación de ésta, la dinámica de sus relaciones familiares, algún problema depresivo o de salud, observando como cada uno de éstos hechos generan en la mujer una inestabilidad emocional que por supuesto consideramos repercute en su calidad de vida.

Es a partir de estas formas de intervención que el Psicólogo aporta un apoyo en la recuperación de las mujeres hospitalizadas en situaciones delicadas como las ya mencionadas, que al lado del Médico propicien bienestar integral en la salud de las mismas y por qué no decirlo de sus hijos y familia.

CONCLUSIONES

Los intereses fundamentales para la realización de este estudio fueron aproximarnos a conocer sobre la salud de la mujer actual, considerando los roles desarrollados, estilos de vida, decisiones tomadas respecto a su cuerpo, los posibles problemas a nivel de salud física y mental, la maternidad, la pérdida de salud o muerte de un hijo, ya que consideramos constituyen momentos cruciales en la vida de casi toda mujer y son inherentes a su condición, independientemente de la época histórica en que viva.

El trabajo realizado dentro del Hospital nos llevó a darnos cuenta de un estilo de vida en las mujeres que a pesar de presentar diversas edades, situación civil, familiar y padecimientos o motivos de hospitalización, muestran una característica propia como género, en que sólo por su capacidad biológica y aprendizaje se enfrentan a la maternidad en todas sus disímiles representaciones.

Es a partir de ésta experiencia que pudimos abordar temáticas que de ahí emanan, surgiendo un planteamiento general: ¿cómo vive la mujer una hospitalización?; puesto que una pausa en la vida cotidiana, donde la mayoría de ellas saldría distinta de como llego. A veces con la maternidad en los brazos, otras, con pérdidas importantes de su ser (matriz, mama, hijo, aborto, etc.).

Entendemos que dentro de dichas vivencias intervienen un sinfín de factores, como los ejes abordados a lo largo de este trabajo, entre ellos: la maternidad, el cuerpo, la salud, la sociedad, el psicólogo como acompañante hospitalario. Esto último porque como psicólogas nos acercamos a dichas mujeres, dando pauta a que se abrieran emocionalmente, que dicha experiencia fuera relevante en sus vidas y que en ese momento tan vulnerable fuera un espacio de reflexión y confort, además de que se mediaran las relaciones entre médico y paciente, para que se diera una atención más humanizada.

Durante el trabajo realizado en el área, nos surgieron preguntas respecto a las situaciones ahí observadas: ¿Cómo repercute el dolor corporal y psíquico a una mujer?,

¿Qué es lo que duele en la mujer que sufre la pérdida?, ¿En qué grado duele a una mujer *perder algo de sí?*, ¿Cómo se ve afectada la vida de alguien que pierde un hijo (a)?, ¿Es el dolor un móvil que dispara la vida de las mujeres hacia dónde?, ¿Restituye sus deseos, en qué sentido o hacia quién?, ¿Qué sienten las mujeres ante algo así, qué piensan, qué cambia en la percepción de su vida, a qué grado les confronta el estar hospitalizadas y sufrir una pérdida? Porque es evidente que desde que ingresan al Hospital regularmente se enfrentan a una pérdida sea de salud, de un estado (embarazo, salud, enfermedad, de un hijo, de una parte de su cuerpo), e incluso de una ideología o forma de ser, que se modifica o dispara a raíz de lo ocurrido en ese lugar.

A pesar de que muchas de estas cuestiones sólo tuvieron respuesta en la vida de mujeres que han sufrido pérdidas irreparables, nos aproximamos a su *dolor* en la medida en que nos fue posible abordar las delicadas situaciones por la que pasaban, como son perder una parte del cuerpo o a un ser querido tan vital como es el hijo (a).

Cuando iniciamos nuestro trabajo dentro del Hospital, consideramos la posibilidad de lograr un cambio en la concepción que tenían de sí mismas, que no se limitaran sólo a ser madres y esposas, sino personas que se desarrollen según sus intereses y capacidades en una sociedad que es parte de su misma conformación como personas, donde puedan participar en el mundo público. Además de concientizarlas para afrontar sus problemas emocionales, tratando de “controlar” el dolor y/o pérdidas (en los casos de abortos o padecimientos serios) evitando con ello complicar su estado, siempre con la premisa del bienestar integral.

En nuestra estancia vimos como, en ocasiones, las pacientes aparentaban no querer ocupar la cama del Hospital, por un aborto o embarazo que no desearon, además eran mujeres que en su mayoría basaban sus vidas en el deseo de otro, aunque no descartamos las situaciones en que es la propia mujer la que decide experimentar dicha maternidad. Aun así nos propusimos generarles una reflexión sobre su vida actual, cuestionándoles acerca de lo que hacían, sus proyectos de vida y de las decisiones tomadas al llegar ahí, generando así

la posibilidad de que sean ellas mismas quienes encuentren el camino para mejorar su propia vida.

Al observar que la mayoría de las pacientes han vivido de una u otra forma la maternidad, es como se vuelve uno de los temas centrales en el desarrollo de este trabajo, pues consideramos que toda mujer la experimenta no sólo a través del cuerpo sino como la función maternal que cada una asume, en una cultura que enseña a estar a la expectativa y cuidado de los otros.

En tanto al constituir una experiencia única en la vida de las mujeres, sabemos que se encuentra rodeada de emociones y afectos, éstos serán distintos para cada una de ellas, una condición en sus vidas, pues en la medida en que transcurre habrá momentos en que la propia familia o medio social le recuerde acerca de su deseo de maternidad, ejerciendo cierta presión socio-afectiva, independientemente de si puede o no tener hijos propios o si sólo lo vive por medio de la adopción.

No podemos dejar de lado que ello dependerá del medio social en que se desenvuelvan, pues conforme pasa el tiempo dichas exigencias han ido evolucionando y dentro de las diferentes concepciones de lo femenino y masculino se van determinando también en relación a la época, por ello a partir de un mundo que nos sumerge cada vez más en el confort y el goce nos acercamos, a un estilo de vida que a la par exige una realización completa y el cumplimiento de los roles tradicionales obviamente disfrazados, en una nueva era en que todos los sujetos disponemos de libertad de elección respecto a la vida social, profesional, laboral, familiar, de filiación, afectiva, sexual, etc., que de una u otra forma nos llevan a buscar un punto de equilibrio donde se encuentre con “la estabilidad ideal”.

También se sabe que el avance social que se ha ido presentando en las últimas décadas en la vida de las mujeres obedece no sólo a una evolución sociohistórica sino a sus propias necesidades y a las de sus familias. Si contrastamos la realidad observada en las mujeres entrevistadas nos damos cuenta que a pesar de dichos cambios, vemos como la

libertad en elegir tanto estilos de vida, formas de enfrentar la cotidianidad, vivir la sexualidad, la maternidad, la salud; todo lo que nos atañe como seres humanos, aún no muestra cambios visibles respecto los modelos de los padres o abuelos.

Lo que puede obedecer a que en América Latina los cambios socioculturales son más bien paulatinos, ya que nuestras tradiciones transmitidas por generaciones y generaciones de familias, presentan cambios en la medida que se han ido necesitando. Esto se vincula con el tipo de economía manejado en nuestro país, donde dependiendo de los intereses del sistema será el estilo de vida para cada generación; precisamente nos ubicamos en la que se cuestiona acerca de qué hará con su estilo de vida, lo que les confronta a cada mujer entre elegir o no, cada área como parte de su vida cotidiana.

En el caso específico de la maternidad o paternidad, también se está observando la integración del hombre en la decisión de tener o no hijos, del cuidado de ellos, así como formar nuevos estilos en cuanto a la educación de los mismos. Pues sí en años anteriores las madres estaban sólo al servicio del hogar e hijos, resulta obvio que al no pasar mucho tiempo en el hogar, ahora le atienden parcialmente.

Es importante mencionar que también la subjetividad masculina ha mostrado cambios en la vida actual, donde el rol del hombre como proveedor al ser compartido con su pareja, le puede crear ciertos conflictos ya que surgen cuestionamientos en cuanto a ¿qué significa ser hombre? en estos tiempos en qué pareciera que la mujer ya no necesita de él, económica y/o afectivamente, aunque no necesariamente así sea; de ahí que resulte importante que las parejas establezcan nuevos estilos en que ambos acuerden qué actividades compartirán y cuáles harán independientemente.

Se entiende entonces que todos los factores que intervienen en las vidas de hombres y mujeres determinan el tipo de roles y esto tienen relación con el tipo de sociedad, la época, la economía, e ideologías de sus propias familias de origen.

En la mujer la influencia de dichos factores se ven reflejados en los aspectos social y afectivo, ya que sabemos que por un lado se le indica cómo y qué hacer con ese cuerpo que es capaz de procrear vida y reproducir a su vez estilos de vida –roles- con la socialización y educación de los propios hijos, o bien en esta época le cuestionan acerca del valor que tiene la maternidad por ser precisamente el rol para el que fue educada en casa, quedando la duda de que ocurriría si se dedicarían a otra actividad.

Por ejemplo, en los países de primer mundo, cada vez es más común ver parejas sin hijos, y en América Latina apenas encontramos más espaciamiento entre el número de éstos o bien la planificación familiar como parte más integrada en la vida de las familias. Esto debido a que muchos mujeres y hombres, ya no basan sus vidas sólo en la procreación, ahora se encuentran preocupados por su desarrollo personal, laboral, belleza, sexualidad y en alcanzar una “estabilidad emocional”, que no sólo incluye la idea de formar una familia.

Esto podría causar confusión al lector, en relación a los casos encontrados en este trabajo, sin embargo pensamos que esta nueva ideología sólo se ve reflejada en ciertos sectores de la población de nuestro país, donde a los hijos(as) ya se les enseña a estudiar más grados de escolaridad, además a desenvolverse fuera del hogar, desempeñar un trabajo remunerado y al dar más importancia a estas actividades, dejan de lado la maternidad o combinan ambas. Pero también se encuentran los sectores en que las ideologías aunque modificadas siguen teniendo la misma direccionalidad, la mujer se debe dedicar al hogar y a los hijos; así dichas ideologías van presentando cierta tendencia a modificarse, con sus respectivos inconvenientes ya que cuestionan a las nuevas familias sobre si es o no “lo correcto”.

De hecho existen casos en que pareciera que una mujer se haya en constante conflicto ya que si trabaja deja un poco de lado su rol tradicional de madre y esposa, sintiéndose un poco culpable por no ser lo que se esperaba de ella, o bien si sólo se desarrolla en la esfera del hogar lo que quizá truncará su realización profesional o laboral; un tercer estilo en que la mujer es madre y mujer productiva, lo que implica exceso de trabajo, estados de cansancio, problemas de salud física y/o emocional; además hay quienes trabajan, forman

una familia y para no entorpecer su desarrollo laboral, deciden no tener hijos, o tener sólo uno; vemos así que los estilos de vida cada vez son más diversos.

Así como se modificaron los estilos tradicionales, también encontramos cambios en la salud de las mujeres por la carga emocional que se obtiene a partir de los excesos de trabajo, la inconformidad en la vida cotidiana, la soledad al decidir no tener pareja e hijos, entre otros factores intervienen en la salud de éstas y las lleva a un estado de desequilibrio en su ser, lo que a su vez puede generar una enfermedad o si ya la tiene agudizarla; llegando incluso a pérdidas a nivel físico.

Dentro de los casos que observamos en el hospital, encontramos que la mayoría, no le da el cuidado y la atención necesaria a su cuerpo. Esto lo pudimos deducir porque no se tenía un conocimiento respecto a la sexualidad, como en los métodos de prevención de embarazo en las adolescentes, ni de la llegada tardía en padecimientos dentro del aparato reproductor, en donde el mal cuidado a una de éstas situaciones les ocasionó pérdidas irreparables, como un aborto o pérdida de matriz o senos.

Es en este cuerpo donde se viven situaciones a veces imposibles de evitar, como el miedo cuando se aproxima el momento del parto, o de alguna intervención, o bien la estabilidad de saberse madre o salir adelante de algún padecimiento aliviado. Por ello es importante el significado que otorgue cada mujer a su propio cuerpo, ante las experiencias de aborto o pérdida corporal, pues éstas dependerán de la forma en cómo se asume cada una de ellas y de acuerdo a la concepción, el afecto, el cuidado, es cómo se sentirán o vivirán dicho proceso, que puede ser normal o una dolorosa experiencia con culpa.

Respecto a lo anterior, consideramos que algunas mujeres denominan la función femenina por la capacidad que tienen de engendrar hijos y hacerse cargo de ellos, y pareciera que esto no les permite abrirse un espacio para la atención de sí mismas, sólo hasta que aparece un dolor o síntoma incapacitante, recurren a la atención médica. Y como hemos visto, en la mayoría de los casos es cuando ya está muy avanzado el padecimiento, y entonces es necesaria una hospitalización o la mutilación de la parte enferma.

Cuando las mujeres son sometidas a extirpaciones de matriz o mamas, por algún padecimiento serio como los miomas, quistes, fibrosis, etc. cuya consecuencia extrema antes que la muerte es la histerectomía o mastectomía. En cuyos casos hay dos tipos de pérdidas, tanto real como simbólica. En el aborto la mujer pierde la posibilidad de ser madre y a su vez al hijo(a) real, al ser humano que se había gestado en ella, en donde se depositaron afectos, proyectos de vida, ideales y muchísimas expectativas. En el primer caso se trata, tanto la pérdida o la falta de salud, del órgano que le fue retirado, más aun cuando se trata de partes vitales para el significado de la feminidad; como es el aparato reproductor; por estética y característica distintiva del sexo femenino o por la posibilidad latente de maternidad.

Independientemente del tipo de experiencia durante toda la vida es inevitable atravesar por situaciones que nos producen angustia y sufrimiento, cualquiera que sea su causa u origen, esto conlleva un sentimiento de suma importancia como el dolor, en que impera cómo lo vive cada persona, donde dependiendo del apoyo y recursos con que se cuente será su resolución.

Siendo el dolor una constante en las experiencias de hospitalización, se pudo observar que a pesar de haber diferencias en cuando al significado de su propio cuerpo, afecta a su psiquismo, sus proyectos inmediatos, así como la concepción que hasta ese momento cada una de ellas había tenido respecto a qué es “ser mujer”, si lo representan en función de la maternidad o no, ya que en la medida que se alberguen deseos al respeto, estos se ven coartados por la irreparable pérdida, que aunque existe la adopción es una última alternativa que no todas las personas consideran.

Por lo que una experiencia de pérdida resulta no sólo dolorosa sino crucial en lo que seguirá después, ya que le da una nueva dirección a los proyectos de vida de quien los sufre, requiere de un largo proceso de reestructuración, donde si es superada la mujer asume su vida nuevamente, pero esta vez sin eso que perdió, es decir, no implica el olvido de quien habría sido un hijo, se trata más bien de aceptar lo ocurrido, recordarlo ahora como un aliciente y no como una carga.

Algunas consideraciones que no se han mencionado respecto a lo que significó estar en el Hospital, es que una vez que se está dentro del piso se percibe que no es tan fácil trabajar con mujeres que no aparentan tanta satisfacción como creímos, o bien toparse con casos en que deseaban tener a un hijo y éste no se logra por diversas circunstancias, o al observar a las madres primerizas que experimentan una situación desconocida, y cómo el ingresar a un Hospital, encontrarse solas, sentir dolor, preguntarse si el parto será prolongado y en especial la incertidumbre de tener un hijo sano o no.

Una de las cosas que más nos impresionó al estar en contacto con la realidad de las mujeres hospitalizadas fue darnos cuenta de cómo el saber médico hace de los cuerpos de éstas un espacio para “curar”, es como si en ellas los eventos, la enfermedad, la pérdida de salud y el síntoma sólo ocurre en su cuerpo, por lo que nos preguntamos qué pasa con esa relación entre su cuerpo y su psiquismo, entre su enfermedad y su sentir, pensar, o bien entre su emoción o sus afectos hacia sí misma, y hacia los suyos.

Si nos ponemos a reconstruir un poco lo ocurrido dentro de un Hospital nos damos cuenta de que, es un espacio donde las mujeres se juegan entre la vida y la muerte, es decir, donde se debate la salud de las mismas, de sus cuerpos, de sus hijos y por qué no de sus propias ideologías que quizá se modifiquen a raíz de lo ahí ocurrido.

Ello nos invita a reflexionar acerca del porqué en las instituciones médicas sólo se atiende al cuerpo, a esa parte enferma, a ese dolor físico, pero que hay con la otra parte del ser humano con ese psiquismo que le conforma, con sus sentimientos, ideologías, emociones, afectos, en fin con todo lo que le motiva a vivir, partiendo claro está de la idea de que todo es indispensable ya que sin salud física no existiría tales conceptos; quizá debido a la formación tan distinta que tenemos médicos y psicólogos, siendo ambos profesionales de la salud, es que no puede darse una integración en la atención a los pacientes hospitalizados, motivos por los que nos parece trascendental se proporcione atención psicológica, más cotidianamente en la salud pública ya que consideramos ayudaría indiscutiblemente a la calidad de vida de los seres humanos.

Lo antes mencionado no pone en duda la eficacia de la medicina para prevenir, aliviar y curar ciertos padecimientos, más bien cuestionamos que el médico sólo se encargue de eso, es decir, de la “cura” de l cuerpo, del enfermo y no del hombre, “sanándole superficialmente”, dejando pendiente factores que además de propiciar la salud, la mejorarían notablemente, es decir, al rescate subjetivo de cada persona.

Aunque podrían ser el mismo médico o enfermera los indicados para atender integralmente a los pacientes; lo haría si tuvieran la formación o intención necesarias para hacerlo, como de momento las instituciones de salud pueden contar con el Psicólogo(a) al menos ocasionalmente, sería acertado que éste forme parte básica dentro del personal de asistencia en cada área de hospitalización (Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría, etc.).

Dichas aportaciones no se hacen como una crítica sino como una reflexión con el propósito de mejorar la atención en la salud del ser humano, así como de integrar al Psicólogo al campo de la salud, pues es una pieza clave, un recurso humano que enlace al personal médico y pacientes, ya que al tranquilizar a un enfermo se le ayuda a recuperarse más rápido y se encuentre en mejores condiciones para su alta del Hospital.

De ahí la importancia acerca de una atención integral y la presencia de éste profesionalista, donde ya el personal del Hospital está a cargo de la salud de mujeres que viven situaciones extraordinarias e inesperadas, donde no sólo contemple la salud a nivel físico, pues pareciera que la subjetividad de cada mujer se pierde o ignora cuando debiera ser tomada en consideración por el tipo de situaciones ahí vividas.

Donde nuestra propuesta está enfocada a promover que el Psicólogo forme parte del equipo de trabajo del área de Gineco-Obstetricia en cada jornada donde cada una de estas mujeres quizá necesite que le rescaten del momento doloroso por el que atraviesan, qué sientan qué hay alguien que se interesa por la persona, “Claudia, Elizabeth...” y no por la paciente de la cama 34 o 12. Donde éste, sea el eslabón entre el personal médico, enfermeras y pacientes, alguien capaz de escuchar, “aliviar” la estancia de cada mujer que

lleva a cuentas una historia qué contar, lo que indudablemente repercute en su salud y por ende en su calidad de vida.

Así la intervención del Psicólogo ayudaría al paciente a sentir y/o presentar mejoría, y a partir de esta atención o acompañamiento, se de un seguimiento, además de que se pudiera dar atención alterna a los familiares cercanos mientras el paciente este hospitalizado. De alguna forma como se ha hecho en otros aspectos, dentro de las instituciones en que se “condiciona” al paciente para que asista de manera regular a ambos servicios, tanto médico como psicológico, esta forma sería la más idónea ya que desafortunadamente en México no se tiene la cultura de asistencia voluntaria.

Donde se puede hacer un acuerdo con el personal médico para que cuando se les cite a revisión durante el embarazo, después del parto o en algún padecimiento, se destine un tiempo extra para la atención psicológica, esto es, si se considera necesario durante la entrevista en el área; tomando en cuenta el motivo de hospitalización, el significado otorgado al cuerpo, la concepción de si misma(o) y la dinámica familiar en que se encuentra inmerso.

Lo que puede ser auxiliado por la realización de talleres en donde se sensibilice a dichas mujeres acerca de la importancia de atenderse cuando su cuerpo y su psique así lo requieran, esto durante la hospitalización de modo tal que cuando se enfrenten a una posible entrevista con el Psicólogo fuera de dicho contexto, lo hagan con más convicción que si sólo fueran condicionados para ello.

Aunque esta estructura depende de la Secretaria de Salud de nuestro país, deseamos sea considerado y promovido, pues mejoraría además de la atención, la salud de los pacientes, en los hospitales de zona y los de especialidades.

**A
N
E
X
O
S**

Anexo 1

ENTREVISTA A PACIENTES DE GINECO-OBSTETRICIA

NOMBRE DE LA PACIENTE:

EDAD:

OCUPACIÓN:

MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

1. ¿Con quién vive actualmente?
2. ¿Cómo se relaciona con cada uno de ellos?
3. ¿A qué se dedica su pareja?
4. ¿Qué opina su familia y/o pareja de la situación actual?
5. ¿Cómo recibió la noticia su pareja al conocer su estado (embarazo, enfermedad, operación, etc.)?
6. ¿Alguna vez pensó en ser madre, en que momento imagino que lo sería?
7. ¿Cuáles fueron sus pensamientos y sentimientos durante el embarazo, hacia el bebé (y los de su pareja, si la tiene)?
8. ¿Existe un lugar especial para el bebé en su hogar: cuna, ropa, nombre, u otros preparativos?
9. ¿Cómo se imagina a su hijo en el futuro?
10. ¿Ahora que tiene a su hijo, ha cambiado lo que pensaba o sentía respecto a la posibilidad de ser madre?
11. ¿De quién recibe apoyo moral para su situación?
12. ¿Qué tipo de situación económica se percibe ahora en su hogar?
13. ¿Alguna vez pensó en ser hospitalizada?, ¿Por qué causa?
14. El estar hospitalizada le ha cambiado la perspectiva respecto: al cuidado de su cuerpo, vida, hijos, familiares, etc.
15. ¿Cuáles son sus planes después de salir del Hospital?
16. ¿Cómo cree que cambiara su vida a partir de lo vivido aquí?
17. ¿En qué grado cree que le apoye su familia (hijos, pareja, padres, etc.) para esta nueva etapa de su vida?

18. ¿A que edad tuvo a su primer hijo?
19. ¿Tiene revisión ginecológica periódicamente?
20. Cuando ha presentado infecciones vaginales, ¿qué cuidados ha recibido?
21. ¿Durante su embarazo recibió atención médica especializada?
22. ¿Se presento complicación durante el embarazo? ¿cómo la atendió?
23. ¿Dentro de los problemas de salud, en qué padecimiento se ha sentido más delicada?
24. ¿Cuáles son las principales razones que la motivan a salir adelante?
25. ¿Considera que los problemas de tipo emocional afecten su salud física?, ¿por qué?
26. ¿Recientemente ha pasado por alguna situación de pérdida o abandono?
27. ¿Cómo fue que lo supero?
28. ¿Qué sentimientos prevalecen respecto a lo anterior?
29. ¿Con quién cuenta para el reestablecimiento de su estado físico y emocional?

*NOTA: Cabe destacar que las preguntas antes descritas, fueron sólo una guía para la realización de las entrevistas, ya que se modifico el orden, el contenido y la omisión de algunas preguntas dependiendo el caso de cada una de las pacientes, la secuencia de su propio relato, así como también el motivo de hospitalización (parto, problemas durante el embarazo, aborto, postlegrado, histerectomía, mastectomía, o alguna otra intervención quirúrgica).

METODOLOGÍA

Como hemos visto el Psicólogo poco a poco se ha ido insertado en el ámbito de la Salud y en particular en el sector hospitalario tal es el caso del Hospital General en Valle Ceylán, en Tlalnepantla. El trabajo realizado se centro en el área de Gineco-Obstetricia, ya que su población representa en parte la realidad vivida por algunas mujeres de nuestra sociedad, vinculados con la maternidad, la dinámica de sus relaciones familiares, o la pérdida de la salud, observando como cada uno de éstos hechos generan en ellas una inestabilidad emocional que por supuesto consideramos repercute en su calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL: Analizar la condición subjetiva, social y la salud reproductiva de mujeres hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Conocer la condición subjetiva y social de la mujer, durante la intervención en una estancia hospitalaria.
- 2) Identificar el tipo de cuidado o atención al cuerpo que tienen las mujeres hospitalizadas.
- 3) Determinar la relación entre la condición social y el estado de salud físico y emocional de mujeres hospitalizadas.

Para abordar esta temática fue necesario utilizar la entrevista semi-estructurada (Anexo 1), cabe mencionar que el uso de este tipo de herramienta nos permitió seleccionar los puntos de interés de acuerdo a los objetivos del presente estudio.

Las entrevistas se hicieron dos días a la semana, los lunes y miércoles, con un tiempo indefinido para cada paciente y de acuerdo a la disposición de éstas, ya que primero se participaba en la visita médica del piso de Gineco-Obstetricia, para después realizar la entrevista en los casos en que había un tipo de pérdida, ya sea por aborto, postlegado, histerectomía, o alguna otra problemática de la salud. Donde el número de entrevistas por paciente dependió del caso y el tiempo de estancia de cada mujer, además se les consulto

sobre la pertinencia de conversar con ellas, las entrevistas se realizaron en las propias camas de las internas, donde se cuenta con mediana privacidad, ya que hay cortinas o divisiones entre cada cama.

Para no incomodar a la paciente se decidió no tomar nota frente a ella, por lo que durante la visita sólo se anotaban los datos demográficos, y una vez terminada la entrevista se proseguía a escribir la información recién narrada, de forma tal que se recuperaba la mayor parte de información, por lo que se trabajó con el discurso reconstruido de las pacientes.

La labor que realizamos en esta institución, duro aproximadamente un año, donde se lograron recopilar 89 casos, lo que dependió de la disposición del hospital, ya que había días en que los médicos nos referían los casos, y otros donde nosotras mismas los elegíamos, esto dependió además del número de pacientes internas por día y de la duración de cada entrevista realizada.

Entre las características de las mujeres hospitalizadas encontramos que: sus edades eran entre 14 y 60 años, la mayoría con recursos económicos limitados, y aun cuando los motivos de su estancia son similares (parto, legrados, histerectomías, mastectomía, etc.), cada una con historias de vida distintas y con un singular significado.

Con fines de realizar este análisis se seleccionaron 6 casos, pues consideramos que dentro de éstas entrevistas había más información respecto a las temáticas de este trabajo, además porque sus historias de vida mostraban más detalles claros de cómo se jugaban los elementos dentro de los ejes temáticos, así como la mayor disposición que tuvieron a narrar fragmentos de su vida de forma más esencial.

Así los ejes contenidos para la realización del análisis fueron: 1) maternidad, 2) familia, 3) experiencia de intervenciones o pérdidas de salud. Dentro de maternidad se encuentran los partos, en los de experiencia de intervenciones encontramos histerectomías,

mastectomías, e intervenciones medicas por pérdida de salud. Y en aborto los legrados por muerte del feto desde 2 semanas hasta 7 meses de gestación.

El tipo de análisis es cualitativo, porque lo consideramos más valioso; ya que así se atendió de forma analítica y reflexiva, haciendo énfasis en los ejes antes mencionados, dentro de una estancia hospitalaria, por lo que creemos que los discursos de las pacientes tienen un mayor grado de confidencialidad que en cualquier otro lugar, puesto que es ahí donde ellas hacen una reflexión sobre su condición de vida que inicia con un cambio en su estado de salud, que por supuesto incluye su estado emocional, lo que nos permitió considerar más adecuado un análisis de casos, conocer más acerca de la realidad de dicha población y, generar un espacio propio para que sean ellas mismas, quienes se cuestionen acerca de ¿cómo se sentían antes de ingresar ahí y qué han hecho con su vida (cuerpo, salud, emociones) y qué quieren hacer en un futuro?.

A partir de esto se eligieron los casos para el análisis, que consistió en 2 etapas: 1) de descripción de los mismos y 2) la propia del análisis.

El presente trabajo presenta un análisis de casos, basado en el discurso reconstruido de las pacientes, donde la observación resulta inseparable de la interpretación, que a la vez tiene el objetivo de descubrir los significados ocultos, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos y los gestos, así como cualquier acto u obra humana pero conservando sus singularidad en el contexto del que forma parte.

Una vez realizado el análisis por caso, se hizo un análisis general que ayudó a comprender mejor las vivencias presentadas en cada mujer hospitalizada.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS

Elvira, 47 años, casada, 3 hijos

Histerectomía

Ingresó al Hospital por una operación, en la que se le quito la matriz (histerectomía), ya que antes de esto tenía unos miomas, como ella misma lo refirió “tenía la matriz llena de ellos”, en especial había uno que sentía como si fuera inflamación del vientre, ya que le dolía cuando se acostaba boca abajo; una vez que la revisaron le informaron que tendrían que operarla para extirpárselos, pero no le dijeron que tan serio sería, se mostró confundida pues no se le explicó en que consistiría la cirugía.

Cuando llegamos a su cama lo primero que mencionó al preguntarle como se sentía fue, que se estaba muy adolorida, y que de todas las intervenciones que había tenido, esta fue la que más le había dolido, no se esperaba que fuera de tal magnitud. Después se le preguntó si algún familiar cercano había padecido algo similar a lo que respondió que no, de hecho no conocía los términos médicos que le mencionaron respecto a su enfermedad.

Dentro de lo que se pudo apreciar la situación económica de Elvira es limitada, su condición de mujer es tradicional, cargada de actividades y responsabilidades propias de ama de casa o bien de una madre con hijos mayores.

Tiene 3 hijos, uno de 24, otro de 22 y uno de 17, todos varones. Su esposo tiene una carpintería, donde trabajan él y su hijo mayor. Este último sólo lo hace a ratos porque se encontraba estudiando la preparatoria en sistema abierto, su segundo hijo vive en Estados Unidos, dice que le llama cada 8 días, y el menor últimamente presentaba indicios de estar ingiriendo bebidas alcohólicas frecuentemente, quien estaba estudiando en el CONALEP, se salió y ahora tiene inquietud de regresar a estudiar, pues le preguntó a Elvira si lo iba a apoyar, pero ella le contestó que no, que si deseaba hacerlo él mismo tenía que pagar sus estudios, como lo hacía su hermano mayor, motivo por el que su hijo (mediano) le reclamó

que por no ser el hijo mayor no lo ayudaba refiriéndolo como el consentido de su madre. Manifestó temor de que su hijo se volviera adicto o alcohólico, como le paso a su hermano el mayor.

La situación que atravesaba Elvira independiente de la causa de hospitalización le generó preocupaciones respecto a su familia, ya que en parte se sentía responsable del problema de adicción que presentó uno de ellos así como angustia porque el hijo menor pasara por la misma situación.

Señaló que ya había platicado con su hijo menor sobre las diferentes situaciones, respecto a las adicciones, ya que con el mayor no existió ningún tipo de información ni externa ni dentro de la familia, ella se mostró culpable por la situación que pasó con su primer hijo y probablemente por ello lo apoyó, justificando la conducta de éste, como toda madre sabe tener cierta responsabilidad de los actos de sus hijos aún cuando ellos sean adultos con decisiones propias.

Mencionó además que cuando el hijo mayor fue adicto, estuvo interno 6 años en rehabilitación, primero en un Centro de Integración Juvenil, y al cumplir la mayoría de edad, cambio de centro de rehabilitación, se salió de ésta varias veces, y se fue un par de años a vivir a Estados Unidos, lugar de donde regresó en peores condiciones. El muchacho comentó a su madre que no se sentía a gusto durante la rehabilitación, ya que el doctor sólo le pedía hablar de sí mismo, y no le encontraba sentido a estar ahí. Por otro lado mencionó; “mi hijo está estudiando, y quiere ser psicólogo”, curiosamente algo que en un pasado criticaba, ya que es más consciente quería ayudar a otras personas que como él han pasado por una situación de adicciones.

Puesto que Elvira no se percató a tiempo de que ocurría físicamente puede ser que se sienta un tanto culpable, por no “escuchar a su cuerpo” oportunamente para evitar que le quitaran la matriz, de hecho no sabe la reacción que tendría su cuerpo, ni lograba entender por qué le extirparon toda la matriz si sólo tenía algunos miomas.

Es muy común encontrar que diversas personas dejan de lado dolores importantes, por no detener su vida cotidiana, lo dejan pasar hasta que ya no es soportable o bien cuando ocurre algo extraordinario en el cuerpo que ya necesita de atención médica. En el caso de las mujeres por ser las encargadas del cuidado de toda la familia no se permiten interrumpir sus tareas por un dolor insignificante, y esto las lleva a intervenciones médicas más severas, y no sólo son capaces de soportarlo sino que fueron educadas para resistir dolores físicos intensos como el del parto, de ahí que regularmente sean ellas quienes llegan a caer en padecimientos serios por no atenderse a tiempo, por “no escuchar a su cuerpo”.

Ante esto encontramos relación a lo que menciona Cárcer (1989), que todo lo que tiene que ver con nuestro cuerpo, repercute en los afectos de sí mismo, y de los demás, por ello dichas situaciones conllevan a un estado de reflexión acerca de lo que se pudo haber evitado, como la hospitalización, ya que es una pausa en la vida cotidiana, a aunado a situaciones de conflicto familiar es un tanto tortuoso.

Si retomamos la idea de Lipovetsky (2000), donde menciona que, a la madre-esposa-ama de casa no se le considera un individuo autónomo que no se pertenece a sí misma pues debe siempre actuar para los demás, fuera de sí, asumiendo el sentido de su vida en base a los otros; los hijos y el esposo. Observamos que Elvira se siente a gusto con el rol que desempeña ya que actuó de acuerdo a las expectativas que le fueron depositadas que se espera de ella, debido a que pertenece a una generación en que su género fue educado precisamente para SER madre como ocupación principal.

De acuerdo con Galeana (1989), es en la familia donde las personas adoptan características como, la adaptación, la salud mental, la seguridad económica, bienestar y donde se adquieren conductas aceptables. Encontramos que en la familia de Elvira al no estar presentes algunas de estas características, se ve afectada la estabilidad emocional de la misma, pues se evidencian una serie de conflictos en relación al bienestar de cada uno de los miembros, debido a las conductas “no aceptables” por parte de los hijos.

Además recordemos que al ser la mujer de quien se espera cumplan roles como: madre, esposa y ama de casa, cada uno de ellos con una carga de trabajo y responsabilidades como ya se ha señalado ya de cuidado y protección hacia los Otros; de ahí que en algún momento en que Elvira piense o se sienta culpable por las disfunciones de su familia.

Además como ama de casa, dentro de su sentir, se prepondera los hijos como vía para superar la situación en que se encuentra, donde su única afectación y preocupación son ellos pues se asume como “madre” solamente. Parece ser que de aquí e n adelante su estilo de vida se seguirá rigiendo por su papel de madre y esposa, en que los problemas de alcoholismo, adicción, la falta de comunicación abierta e información respecto a los riesgos de consumo de algunas sustancias, formarán parte de su vida cotidiana.

El desahogo respecto a sus vivencias la hizo sentir tranquila, se mostró sonriente más que al principio, sin embargo tiene muchos cuestionamientos respecto a su cuerpo y a la situación de su familia

Isabel, 21 años, Soltera.

Salpingoclasia.

Isabel, de 21 años, soltera, fue hospitalizada por una complicación y operación de Apéndice-Salpingoclasia y un quiste, ya no iba a poder tener bebés. Vivía con su mamá de 41 años, su papá las abandonó cuando su madre tenía 2 meses de embarazo. Refirió haber sufrido mucho en su infancia, ya que cuando su mamá era joven sufrieron muchas carencias ya que al no tener casa propia vivió con sus tías y abuela, quienes la maltrataron mucho.

A partir de que Isabel y su madre fueron abandonadas por su padre, la señora adoptó el papel de madre soltera, ingresó al empleo remunerado, pues de otra forma no habría salido adelante. En este caso la situación de vida de ellas se determinó por la decisión de un tercero, y en alguna forma ellas quedaron fuera de la regla, es decir, no constituyeron una

familia tradicional fueron sólo madre e hija, por ello quizá recibieron el maltrato de su familia, como si hubieran sido “castigadas” por el abandono sufrido.

A pesar de las condiciones que vivieron, contaban con el apoyo de su familia extensa, podemos decir que así como la familia es fuente de problemas también lo es de apoyo, ya que recibieron techo, ayuda económica a su vez que malos tratos.

Afortunadamente hasta ese momento las estaba apoyando sus tíos maternos, su abuela, uno de sus tíos, soltero (29). Relató que cuando tenía 9 años su papá intentó buscarla pero ella lo rechazó puesto que sabía que él las había abandonado. Para ese momento su mamá ya tenía casa propia, esto lo había obtenido con su trabajo, que era el de vender comida preparada en un puesto ambulante cerca de su casa.

Cabe mencionar que Isabel se mostraba preocupada por la salud de su mamá, quien padece: un soplo en el Corazón, Cirrosis Hepática, una Hernia y Diabetes.

Además, señaló estar muy triste porque ya no podrá tener hijos, razón por la cual los médicos del lugar, le recomendaron adoptar. Tenía pareja (novio) de 31 años, pero el se encontraba trabajando en Atlanta, regresaría en un año y medio, cuando tuviera dinero para casarse, hasta este momento él no sabía nada de su operación ni de su nueva situación respecto a la maternidad. Más inexplicable resulta, ya que es muy raro que este tipo de situaciones se presenten en mujeres tan jóvenes, en este caso resultó de especial delicadeza, puesto que Isabel aún no había sido madre.

Nos parece muy impactante conocer la historia de una mujer tan joven que pierde la posibilidad de engendrar hijos propios, y nos preguntamos ¿Qué tan preparados estamos como sociedad y como género para enfrentar estas circunstancias? ¿Cuántos (as) estamos dispuestos a aceptar la adopción como parte de algo natural para las parejas que no pueden procrear biológicamente? Aunque no podemos saber si Isabel contemplará dicha posibilidad.

Si retomamos las ideas de la mujer tradicional, que asumían como único papel en su vida la maternidad, para así atravesar el dolor físico, el depósito de expectativas, afectos, así como proyectos de vida desde la misma concepción; entonces pareciera que si una mujer decide adoptar y no experimentar todo ello, resulta que no es igual de válido. A pesar de que la ideología ha ido cambiando, aún se tiene que trabajar personalmente y sobre todo cuando es un hecho la nula posibilidad de ser madre biológicamente.

Se puede apreciar cómo a partir de una cirugía, la vida de Isabel es modificada crucialmente, ya que ingresa por una intervención específica y sale del Hospital siendo una persona con una falta en su cuerpo y proyecto de vida, donde la experiencia de maternidad es un eje asumido como género, por las implicaciones biológicas y afectivas que la conllevan.

Dado que hoy en día las mujeres enfrentan muchos cambios con respecto a la sociedad no se dejan de lado, algunas características importantes como lo señala Lipovetsky: el poder femenino sobre la procreación, la “desinstitucionalización” de la familia, y la promoción del referente igualitario en la pareja. Así en este caso, vemos como a partir de un problema de salud ella pierde la posibilidad de decidir si desea o no tener hijos, con lo que quizá ya no forme una familia tradicional (por la falta de hijos propios) aunado a que hoy en día regularmente los roles de hombres y mujeres no presentan diferencias marcadas, más aún cuando la mujer no puede procrear vida dentro de su cuerpo.

Según refirió la propia Isabel ya tenía planes de boda a mediano plazo, y dependiendo de lo que ambos decidieran como pareja, continuarían sus planes o no, Así el trabajo de duelo de Isabel pudiera estar muy ligado con lo que ocurriría en su relación de pareja. La concepción que ella tenía de ser “mujer” era la tradicional, sólo se dedicaba a trabajar con su madre en una actividad regularmente asumida por mujeres, como es vender comida, suponemos que no continuó sus estudios por falta de recursos económicos o bien de tiempo o intereses en dichas actividades.

Cabe destacar que por no haber vivido con su padre Isabel pudiera no desear una vida en pareja ni hijos, ya que ella misma fue abandonada por sus padre, entonces ¿por qué desearía ella ser madre? Así a partir del abandono del padre de Isabel hacia su paternidad y hacia ella misma, parece repetirse otro en el momento en que ella por algún problema de salud pierde la capacidad reproductiva, y la posibilidad de engendrar hijos propios, de ahí que señalemos dos abandonos o pérdidas vitales, primero el de su padre luego el suyo: un cuerpo reproductivo.

Resulta conmovedor como la vida de Isabel fue interrumpida por un problema de salud que nadie imaginó fuera a terminar en la pérdida real de una parte de su cuerpo que no le permitirá ya engendrar hijos propios, y la simbólica por todo lo que ello representa, afectando además de su salud, aspectos sociales, psicológicos, afectivos y emocionales, así como un choque entre ambos niveles (real y simbólico), por lo que podemos decir que es irreparable y difícil de superar, y claro está que un factor vital para ello es su familia o en este caso su pareja, ya que en la medida de que una persona cuente con el apoyo de sus seres queridos podrá aceptar con mayor facilidad lo que sigue después de una pérdida de este tipo.

Así pues Isabel ya no podría tener hijos propios, el significado que un día le dio a la maternidad se mueve o dispara hacia un lugar, un qué, o quién, que ella irá descubriendo de ahí en adelante. Pues recordemos que la función materna “ser madre” no se reduce a la procreación de un hijo sino a la ejecución de dicha función.

Yamilet, 21 años, Unión libre

Amenaza de aborto (2), Pos-legrado e Insuficiencia Renal

Ingresó al Hospital porque presentaba amenaza de aborto, tenía 6 semanas de embarazo, hasta entonces había tenido dos legrados más, ambos cuando tenía 3 meses gestando, después de ello, los médicos le advirtieron que “si se volvía embarazar se iba derecho a la tumba”, por lo que en ese momento tenía mucho miedo ya que le habían recomendado esperar por lo menos cinco años para volver a embarazarse.

Yamilet señaló que no podía utilizar ningún método anticonceptivo, porque no sabían la causa de los abortos, pero le habían dicho que podía ser por incompatibilidad sanguínea o falta de hormonas, al respecto mencionó que el único método que había probado es la interrupción del coito, “mi esposo me cuida”; asimismo tampoco habían podido recurrir a la colocación del D. I. U. Además relató que no tenían planeado embarazarse ahora. Ahora que estaba interna le iban a realizar estudios, tanto a ella como a su esposo, para saber si tenían compatibilidad sanguínea, además de que tenía una dieta de semillas, pues estaba deshidratada. Su esposo tenía 20 años, menciona que los dos Vivían en un cuarto aparte de casa de los padres de Yamilet, y la familia de su esposo vivía muy cerca de ahí.

Refirió llevarse muy bien con su pareja, pero señaló que es un poco agresiva con él, ya que en algunas ocasiones cuando se sentía enojada, le aventaba cosas o le gritaba, estas situaciones se daban principalmente por celos, pues mencionó lo siguiente: “me pongo muy enérgica, pues hay unas muchachas que viven por mi casa, que lo siguen, y me lo quieren quitar”, motivo por el que ella se ponía celosa.

Se le preguntó si su esposo le da motivos para ponerse celosa, ya sea que él busque a otras mujeres o si ella lo había visto con alguien, etc. ante lo que dijo que no. Incluso ella nos mencionó que su mamá que había estudiado algo de psicología le aconsejó que se tranquilizara y que tratara bien a su esposo. Cabe destacar que nos pareció que era posesiva, porque nos relató que cuando estaba en terapia intensiva, quería a toda costa que su esposo estuviera con ella, de hecho la propia Yamilet mencionó: “soy muy necia y enojona”.

Consideramos que en este sentido estaba en juego la vulnerabilidad de su esposo, ya que una y otra vez ella le ilusionó con un hijo que en el plano de lo imaginario pareciera que al menos para él era muy esperado o deseado. Es una forma de manipular su afectividad, condicionándolo a estar con ella por la promesa de un hijo que nunca había llegado.

Se le sugirió acudir a consulta a la Clínica del Adolescente, con compañeros Psicólogos para se sintiera mas tranquila durante el embarazo, ya que era de alto riesgo, además de que mencionó que tenía mucho miedo de morir, así como muchos deseos de tener a su hijo y que ambos estuvieran bien.

Reingresó al Hospital dos ocasiones más, una más por amenaza de aborto, en donde fue entrevistada por otra compañera, quien insistió en preguntarle sobre su deseo de ser madre, incluso le planteó una situación ficticia dónde una mujer podía elegir entre tener o no a su hijo (aborto inducido), y ella mostró que realmente “no quería ser madre”, pues comento que esa mujer debería practicarse un aborto y que ella lo haría en ese momento.

Una de las razones que nos hace pensar en ello, es lo recurrente tanto en sus motivos de hospitalización como en su discurso que nos pareció muy incoherente, llena de: ignorancia, contrariedades, mentiras, de alguna forma buscó agradarnos, ya que trataba de responder lo que creía que queríamos escuchar, por ejemplo, afirmando que quería “ser madre” o bien que eso de “Psicología” ya lo sabía por su madre , con lo que nos decía: “si ustedes tienen la razón pero ya hay alguien más que es mi madre que me ayuda a saber qué hacer cuando estoy mal”. Además cuando refirió no utilizar métodos anticonceptivos por no saber la causa de sus abortos, sugiere no sólo ignorancia sino engaño, pues ¿cómo podría relacionar la causa de sus abortos con algún método anticonceptivo si nunca los había utilizado?. A propósito de ello, en la primera entrevista comento que había ingerido un té y aunque no quiso decirnos para qué era, supusimos en ese momento que fue un té abortivo, ya que lo mencionó en seguida del punto de los anticonceptivos, además nos pareció que esa fue la causa de su hospitalización.

La última vez que la vimos hospitalizada fue cuando finalmente perdió al feto, donde le practicaron un legrado y presentó insuficiencia renal, en esta ocasión estuvo en el piso de Medicina Interna. Esta vez no pudimos hablar más de cinco minutos con ella, ya que su estado no permitió una conversación como las anteriores puesto que mostraba muchas variaciones; sus movimientos eran lentos, sus gestos y palabras somnolientas, además de que su discurso fue aún más incoherente, de hecho señalo a una de nosotras que

necesitaba dinero para pagar la hospitalización pidiendo prestado, cuando se pudo hablar con su pareja de su situación económica nos dimos cuenta que había mentido una vez más, ya que él refirió no necesitar dinero.

Durante esta entrevista nos quedó la impresión de que Yamilet pudiera realmente presentar una alteración más seria ya que los médicos la canalizaron con el psiquiatra, incluso creímos que le administraron algún fármaco que causó ese estado de reacciones lentas (somnolencia).

Esta mujer: usa su cuerpo de una forma muy loca, ya que una y otra vez es el vehículo que la lleva a: 1) el embarazo no así a la maternidad, 2) a la hospitalización, lo cual implica de alguna forma una pérdida de salud e integridad física, pareciera que sólo ofrece la promesa de un hijo que no desea, así como a esa “cordura” que parece ha extraviado en nombre de complacer a otro. Consideramos que no existe un límite que le indique hasta qué punto es “sano” utilizar el cuerpo, o bien para qué lo está usando a grado tal de casi perderlo. De ahí que nos impactó el observar cómo una mujer puede poner en juego su integridad en esa forma, vamos, ha implicado además de un franco deterioro en su salud física un desgaste emocional y mental, ya que en las últimas entrevistas o fragmentos de éstas, notamos como su estado en general ya indicaba otro tipo de implicaciones notables que ya estaban afectando su vida seriamente.

En palabras de Verhaeghe (2001), mas allá del deseo por el otro, el goce se atrae y rechaza al mismo tiempo, pero ¿qué goce está en juego, el de ella o el del otro?, ya no está tan claro, pues esto nos cuestiona acerca del deseo de Yamilet aparentando complacer a su pareja a partir de la mutilación de su cuerpo, a su vez que nos hace preguntarnos sobre el goce masoquista al que somete a su cuerpo.

Quizá ello obedezca al deseo que ella ha depositado en su pareja, y que en un momento dado al sentirlo perdido o arrebatado por otras, recurre a embarazos sólo para mantenerlo un tiempo más consigo, ya que como ya hemos señalado, pareciera que el deseo de maternidad y/o paternidad sólo pasan por ella, por el deseo de engañar al otro.

El mismo Verhaeghe (2001), habla de cómo el deseo que pasa por otro es vital, por ejemplo en los casos de niños trisómicos, a veces los médicos no dan muchas esperanzas de vida o posibilidades para ellos o su estilo de vida, pero a base de ese deseo de la madre o padre por la recuperación y mayor calidad de vida de sus hijos, éstos salen adelante a pesar de sus ‘pocas esperanzas’.

Respecto a las aportaciones de Dolto (2000), nos dice que el deseo inconsciente de procrear está siempre presente para el narcisismo de la mujer y forma parte integrante de su goce, esté ella conscientemente de acuerdo o no con ese deseo y su posible realización en una concepción, en este sentido consideramos que el deseo de ser madre para Yamilet no es del todo aceptado ni grato, más bien se trata de la satisfacción del o para el otro en este caso su esposo, pues el es quién quiere procrear y ella sólo retenerlo con un embarazo. Pero es tanto su negación que el propio cuerpo no logra retener al feto.

Lipovetsky, Toro y Galende, mencionan a su vez que hoy en día las mujeres pueden estar o no interesadas en la maternidad, según sea su educación, su medio sociocultural, así como las propias actitudes que cada una de ellas tenga respecto al deseo de procrear o no, en qué momento, y qué condiciones, aunado a que se ha convertido en un suceso frecuente que un sector de mujeres no desean ser madres, o bien lo desean pero con cierta medida, como una meta a largo plazo, vamos ya no es el eje de sus vidas.

Tenemos así que al ser las mujeres las principales responsables en la decisión de concebir o no a otro ser, llega el momento en que pudieran sentirse ‘mal’ por esa negación ante la maternidad, ya que como dicen la sociedad: ‘toda mujer desea ser madre’, que por haber sido educadas bajo esa ideología, no se tienen opciones de elegir; sea que se trate de una mujer soltera, casada, divorciada, viuda, sin importar el estado o condición, es como si existiera una presión socio-afectiva del Otro(s), pareja, amigos, familia, etc., ante la ausencia de un hijo.

Elizabeth, 16 años, Unión libre, 1 hijo**Post-parto e Histerectomía**

Ingresó al Hospital, por que tenía un embarazo a término, le practicaran una cesárea, tuvo una niña sana, pesando 3,500 Kg., la dieron de alta, pues aparentemente no tenía ninguna complicación. Posteriormente a los tres días regreso al hospital porque tenía molestias en la herida, durante esta estancia la intervinieron quirúrgicamente, realizándole una histerectomía, sin explicarle causa alguna, la única explicación fue que presentaba una infección en la incisión, después le informaron que se tenía que quedar para que la intervinieran.

Posteriormente al salir de quirófano se dio cuenta que la intervención en la que estuvo expuesta fue un histerectomía, esto le dolió mucho emocionalmente, pues no se lo esperaba y se sentía confundida.

Vivía con su mamá, padrastro y hermano, su pareja de 19 años, era taxista, pensaban vivir juntos cuando ella se recuperara, señaló que se llevaban muy bien, y se querían mucho, ya que en ese momento que ella estaba tan delicada, él le dijo: “preferiría no haber tenido a mi hija o tal vez no tener ninguno (por la pérdida de la matriz), con tal de no verte sufrir, pues me importa tu y que estés bien”.

A pesar de que Elizabeth era muy joven, ya había experimentado la maternidad y posteriormente la pérdida de su matriz, en un lapso de 5 días, así después de haber vivido una gran satisfacción como madre, pasa al dolor por dicha pérdida que le impedirá volver a sentir esta vivencia al experimentar la maternidad dentro de su cuerpo.

Además se mostró muy angustiada por haber dejado a su hija a los tres días de nacida, al cuidado de su madre, mencionó que la extrañaba y deseaba estar con ella, parte de todo esto la hacía sentir muy mal. Sin embargo, al preguntarle sobre su experiencia de ser madre nos dijo: “fue muy buena, y llena de muchas expectativas, de amor, y

comprensión, aunque no estaba en mis planes ser madre tan joven, pero dadas las circunstancias, fue mejor que ya sea madre, puesto que después ya no podré”.

Elizabeth se mostró muy deprimida, ya que su timbre de voz era el de una persona triste, desesperada, de hecho refirió lo siguiente: “no me duele tanto que me hayan quitado mi matriz, sino que no puedo estar con mi hija, para cuidarla, darle todo mi amor, me duele aquí dentro del pecho, por no poder estar con ella”.

Si la experiencia del embarazo y/o maternidad es una condición inherente para casi toda mujer, y tomando en cuenta que en la actualidad la mujer toma decisiones respecto a tener hijos o no, y cuantos, ¿Qué pasa cuando dicha decisión es tomada por otros? ¿Qué pasa cuando esta decisión cambia la expectativa de vida?. Además ¿por que el personal médico no presenta alternativas respecto al propio cuerpo?, al parecer dentro de una institución hospitalaria el destino del paciente está en manos de médicos que segregan el cuerpo en partes sin importarles el aspecto afectivo, emocional. En este sentido mencionó que no entendió las razones porque las que no le explicaron lo que le harían.

Así mismo encontramos sufrimiento en Elizabeth, como menciona Dolto (1998), que incluso en la actualidad, se puede encontrar que las mujeres sufren por no haber tenido tantos hijos como ellas hubieran querido, y que por ello se desarrollan una serie de enfermedades por no expresar sus frustraciones a causa de esta falta.

La familia de Elizabeth constituida por su madre de 47 años, su padrastro de 43 y un hermano menor que ella, su padre biológico tenía 46 años, ya era casado desde que su mamá lo conoció, refirió que casi nunca lo vio durante su crecimiento (hasta los 15 años aproximadamente), pero que a raíz de su salida de la secundaria, ante las limitantes económicas de su familia, decidió buscarlo para obtener ayuda económica para continuar sus estudios.

Hasta antes de estar embarazada estudiaba en el CONALEP cercano a su casa, aunque le habría gustado estudiar en alguna plantel de la UNAM, se quedó en el segundo

semestre de la carrera de Contabilidad Fiscal, de hecho mencionó que asistía a la escuela cuando estaba embarazada, y que pensaba seguir cuando sus ocupaciones y posibilidades de salud, se lo permitieran. En el momento de la entrevista Elizabeth tenía un proyecto de vida, independientemente de la situación que había pasado.

Elizabeth refirió que sus relaciones familiares cambiaron, a raíz de que tuvo problemas con su padrastro, ya que tenía 5 años que él no le habla, cuando se le preguntó la causa, empezó a narrar con lágrimas en los ojos lo siguiente: “es que mi papá (padrastro) no es malo, pero como todos cometió un error, yo creo que no lo hacía con mala intención, lo que pasa es que me... (Hizo una pausa para continuar hablando) me tocaba las piernas, me acariciaba y yo tenía miedo... Cuando mi mamá se enteró, él se enojó conmigo y yo me siento mal porque no me gusta estar así con él, por que yo lo quiero mucho”.

Como reflexión especial podemos decir que al conversar con Elizabeth nos sentimos muy conmovidas, por un lado por la pérdida de matriz así como por la separación repentina de su hija, ante lo que presentaba muchos signos de angustia, quizá por su edad, su cara, semblante y su tono de voz revelaba una gran tristeza, llanto y sollozos.

Respecto a la percepción que Elizabeth tenía de su padrastro, señaló que ni siquiera sabía lo que opinaba éste, de su embarazo y de su situación actual, ante lo que también evidenciaba mucha tristeza, precisamente fue esa situación particular la que nos hizo cuestionarnos acerca de ¿por qué ella justifica de esa forma la conducta de su padrastro?, ya que decía: “es que mi papá no es malo pero como todos cometió un error, yo creo que no lo hacía con mala intención...” Al menos para nosotras resulta una situación inadmisibles puesto que lejos de culparlo o guardarle rencor lo justificó, como si se tratara de su verdadero padre más aún de una persona que realmente merece que se le defiendan y trate así.

A pesar de ser tan joven se asumía como madre, tal y como se lo enseñaron, a respetar a su padre (padrastro) independientemente de lo que le haya hecho, con lo que

notamos que para ella la familia es primordial, llena de afectos y donde ha encontrado apoyo.

Después de realizar la entrevista se pudo hablar de nuevo con Elizabeth encontrando que estaba más tranquila puesto que su mamá le había llevado a su hija, con lo que se desvaneció su nerviosismo y miedo de ponerse peor de salud, incluso en esta ocasión estaba mucho más tranquila que la primera vez que se converso con ella.

Es evidente que la falta de salud representó un impedimento para realizar cuestiones de superación y de responsabilidad, como el cuidado de su hija, el asistir a la escuela, hacer vida de casada, etc. Pero al parecer de aquí en adelante su vida estará llena de expectativas con respecto a su pequeña, con la obvia tristeza por los probables proyectos respecto a la maternidad que ya no podrán ser efectivos, por eso que perdió. Con esta experiencia de hospitalización Elizabeth enfrentó sus miedos, tristezas y alegrías; todas ellas situaciones que le plantearon cuestionamientos respecto a su estilo de vida, pues para el personal médico sólo era una mujer más con una matriz menos.

Claudia, Soltera, 19 años, 1 hija

Post-parto.

Ingresó al hospital un día a la madrugada, tenía un embarazo a término. Tuvo a su hija a las 8:00 de la mañana del mismo domingo, indicó que ésta venía sentada y que tuvo un pequeño problema respiratorio al nacer, por lo que estaba en la incubadora, cuando inicie la plática con ella, se encontraba intentando sacarse la leche para mandarle de comer a la niña, al preguntarle si la pensaba amamantar, me respondió que sí, por lo que la felicite y alenté a seguir, por los beneficios tan grandes que esto implica.

Le pregunte respecto al momento de enterarse de su embarazo a lo que respondió: “cuando me entere que estaba esperando un hijo de José Alberto (su novio), me puso muy contenta, porque lo quiero mucho y llevábamos tres años de relación, incluso teníamos planes de boda, y cuando se lo informé, él también lo aceptó con gusto, y por eso

empezamos a planear la boda, y empezamos con problemas, porque la familia de él empezó a planearlo todo conforme a su agrado e interés, y no me pareció ni a mi ni a mis padres, entonces, José Alberto se portó grosero, me dijo que no me quejara, porque además yo no iba a pagar los gastos de la boda” y éstas fueron los detonantes para que finalmente su relación terminara.

Claudia fue permitiendo que su vida se basara sólo en su relación de pareja, cambiando muchas cosas que él le pedía, e incluso al grado de abandonar a sus amistades y la escuela. Mostrando así que estuvo a punto de convertirse en el rol tradicionalmente asumido por mujeres de otras generaciones, quizá debido a su educación, pero algo paso en el proceso que ella decidió cambiar ese estilo de vida, al terminar su relación con José Alberto, así se asumió como madre soltera.

La familia de Claudia, constituida por sus padres y 2 hermanas, y de más tías paternas que les frecuentan, la de José Alberto por su madre, hermana ya casada (vecina de Claudia), su padrastro, y un hermano (Daniel), hijo de su madre y padrastro. Cabe destacar que José Alberto se salió de su casa cuando su padrastro, golpeó a su madre y al intentar defenderla, el padrastro lo corrió. Su padre biológico los abandono cuando él era muy joven.

Las familias (de Claudia y José Alberto), se enteraron del embarazo cuando ella tenía 3 meses, mencionó Claudia que su mamá se portó un poco agresiva, “como soy su consentida le dolió mucho lo sucedido, me dijo que me fuera de la casa, mi papá se portó más comprensivo, de hecho él es quien me ha apoyado mucho todo este tiempo, y me dice que mejor le eché ganas sola, ya que si me hubiera casado con José, habría llevado una vida de encierro por lo posesivo y celoso, pero me advirtió que de hoy en adelante me portara bien y no le fuera a salir con otra situación igual, porque ahora si que no lo iba a soportar”. Respecto a la familia de José refirió que: “lo acepto bien incluso ya habíamos pensado que hacer, una vez casados, que yo cuidaré a Daniel y al bebe, mientras José Alberto buscaría trabajo y mi suegra seguiría trabajando”. Claudia mencionó que José se dejaba llevar por los consejos de su madre y hermana, no haciendo caso a su opinión.

Cuando llevaban 1 año de noviazgo, se enteró por él mismo José, que él tenía una hija, cuando se lo informó a su madre, ésta le recomendó alejarse de él, diciéndole que lo mismo le podía pasar a ella, que José la embarazara y la abandonar después, Claudia, no hizo caso de esto.

Puesto que él ya tenía otra hija abandonada, pareciera que se había vuelto un patrón en la vida de éste, primero con el abandono de su padre, luego el de él por sus dos hijas y Claudia; podríamos decir que ella quiso salir de ese esquema, aunque ello implique enfrentar su maternidad sola.

Recordemos que hoy en día, se han suscitado una serie de cambios sociales y culturales que afectan la asignación de roles tradicionalistas y que están teniendo impacto en hombres y mujeres. Aunque hoy en día ya resulta más común que las mujeres enfrenten la maternidad en soltería, como un nuevo valor de género, donde la decisión depende de la seguridad que muestran ante la situación social y la maternidad, ya que se creen capaces de mantener al hijo económica y afectivamente, sin la presencia del padre.

Esto lo indica también Lipovetsky (2000) y Galende (1989), quienes coinciden en que hoy más que nunca las mujeres son capaces y deseantes de cambios en la subjetividad, vinculados a los valores de la feminidad, los comportamientos prácticos sobre el amor, el sexo, la familia y la maternidad siendo estos ya irreversibles.

Además del apoyo de sus padres Claudia tenía una tía con la que se llevaba muy bien, se iría a vivir cerca de su casa, y estaría más cerca de ella. Claudia, refirió que se pondría a trabajar para sacar a su hija adelante, que no quería saber nada de José Alberto, ya que la había decepcionado mucho, puesto que pensaba que él la quería mucho, señalando "si realmente me hubiera querido, no se habría portado así, me habría apoyado, sin importar la opinión de su familia, y lo más importante es que tengo todo el apoyo de mi familia, lo cual es un gran aliciente". Además comentó que José Alberto, la había amenazado con quitarle su hija, en cuanto naciera, y a pesar de que no lo creía capaz, le resultaba indignante la idea, ya que una vez que no se intereso en apoyarla durante el

embarazo, le interese después su hija. Incluso cuenta como él, trataba de hacerla sentir mal, cuando ya se habían separado, gritando en la calle a otras muchachas que las quería (puesto que ella vivía en la misma calle, le escuchaba con claridad) o abrazándolas, cuando ella pasaba.

A su vez, dependiendo de la elaboración de su historia personal, será la forma en que cada mujer experimente o viva su maternidad o proceso de embarazo, desde la planeación de éste, hasta el recibimiento del hijo; si tiene un nombre para él, el lugar que tendrá dentro de la familia, la ropa, los muebles e incluso el cuidado cuando nazca. Todo esto aunado a la situación social: soltera, casada, llena de estabilidad o sin ésta.

En este caso, Claudia decidió ser madre soltera, es un compromiso doble, ya que los resultados de su esfuerzo los sentirán ella y su hija. Más complejo resulta el proceso ya que ella está enfrentando un duelo por la pérdida de su pareja, por el padre de su hija, y reestructurando su estilo de vida en base a expectativas que no había contemplado.

Así como mencionan Flores y Sayavedra (1997), que el cuerpo de las mujeres es el continente de sus saberes, tanto como de sus ignorancias y miedos, de la ternura y violencia vivida, de la subordinación y libertad, de la tristeza y la omnipotencia, así como de la represión y la rabia. Ese mismo cuerpo es el que goza del placer, del amor, del deseo, y la adquisición de la capacidad de adaptarse, de apropiarse y de transformar. Tenemos que el cuerpo de Claudia a partir de ahora se adaptará a estar sola, sin afecto de pareja, con el cuidado y apoyo de su familia, y la motivación de tener a su hija, serán los ejes sobre los que se dirija su vida.

**Blanca, 18 años, Soltera,
Pos-legrado**

Blanca, 18 años, soltera ingresó al Hospital, le practicaron un legrado, de un embarazo de 2 meses y medio. Vivía con sus papás, hermanos y sobrinos, en la zona norte de la ciudad. Tenía novio (Martín) con el cual había terminado un mes atrás.

Cuando se enteró de su embarazo no podía creerlo, según refirió sólo había estado una o dos veces con su novio, lo cual indica que al no tener experiencia en su sexualidad, tampoco conocimientos de métodos anticonceptivos. En cuanto a su pareja mencionó que en algún momento se mostró feliz de que iba a ser padre, y en otros grosero, pero al final demostró que no era maduro para enfrentar su responsabilidad. La reacción de sus padres antes el embarazo de Blanca fue de sorpresa, ya que ella representaba en su familia, “la niña buena”, en quien tenían depositadas otras expectativas, aunque finalmente lo aceptaron con reservas.

Ella contaba con el apoyo de su familia, sin embargo, se observó como le resultó angustiante, el imaginar cual sería la reacción de sus padres. La aceptación del embarazo por parte de ellos le representó un fuerte apoyo, aunque no disminuyó el sentimiento de tristeza. Para los padres, representó una pérdida de “algo” que habían depositado en ella, esa idealización de lo que pudo ser.

Es a través de su cuerpo, es como Blanca se enfrentó a una pérdida irreparable, “la muerte del producto”, y esto la lleva a la hospitalización, en una especie de ciclo, que empieza en un estado de bienestar, angustia, pérdida, falta de salud, depresión.

Blanca estudiaba Contabilidad en el CONALEP, sus planes de vida giraban en torno a desarrollarse profesionalmente, ya que estaba realizando su servicio social y a punto de ingresar a un empleo, a la par llevaba una relación de noviazgo con Martín. Cuando se dio cuenta de su embarazo y comenzó a ponerse delicada de salud, renunció a la idea de trabajar; además comentó que al principio no sabía que estaba esperando un hijo, ya que no lo imaginaba ni presentaba síntomas del mismo.

Ahora que ha sufrido esta pérdida, mencionó que buscaría la oportunidad de encontrar empleo. Pues el día que comenzó con las molestias que la llevaron al Hospital, no pudo asistir a la entrevista de empleo. Pero mantenía la esperanza de que la “esperaran” ya que había hablado con ellos, explicándole sus motivos de salud para no poder presentarse

cuando se requería; así en estos momentos su posible trabajo era un aliciente para salir adelante.

Puesto que ingresar a la vida laboral se encontraba dentro de sus expectativas, antes de que su vida se viera interrumpida, suponemos que sería uno de los ejes que tomará su vida, porque fue algo a lo que tuvo que renunciar en el plano de lo imaginario al saberse embarazada, de alguna forma “recupero” esa parte. Sin embargo creemos que el ser madre no era lo prioritario en ese momento de su vida.

Las causas que Blanca consideró, que pudieron originar el aborto, fue una caída que había tenido días antes de que se sintiera mal, además de que tomó aspirinas por un dolor de cabeza. Otro factor que consideramos fue el mismo rechazó inconsciente de ella, y de su pareja hacia la idea de ser padres tan jóvenes.

Pudimos observar como en este caso, se sufrieron varias pérdidas, lo que fue muy fuerte para su edad, como “un doble impacto”, eso sin contar lo que significó el saberse madre repentinamente; primero al perder el apoyo de su pareja, así como la relación que sostenían, y en seguida a su futuro hijo en el que ya tenía depositadas ilusiones y afectos, todo ello en un lapso muy breve de uno o dos meses. Además de que ha visto a su expareja con otra persona, y ella lo tomó como humillación.

Así surgen otros cuestionamientos respecto a: ¿Qué pasa con esta mujer “moderna” que conlleva una serie de roles a cumplir?, dentro de los que destacan: la mujer *madre*, la mujer *esposa (novia)*, y mujer *hija*. De acuerdo con Lipovetsky (2000), históricamente la mujer enfrenta un estado de transición entre cada uno de dichos roles, donde es necesario saberse realizada profesional o laboralmente, y también en la maternidad, la vida en pareja, y familiar. Entonces ¿Qué pasa con cada una de dichas facetas en la vida de Blanca?.

De los 6 casos presentados podemos puntualizar las siguientes semejanzas entre dichas mujeres como son:

Donde cada una de ellas, llega al Hospital por un problema en su salud, o bien como el *cuerpo* es el vehículo que las lleva a estar internas por unos días y así hacer un corte en su vida, un espacio de reflexión. A excepción de Elvira e Isabel, las otras cuatro (Yamilet, Claudia, Blanca, Elizabeth) llegan al lugar por un embarazo no planeado, digamos que es su aparato reproductor el origen de su estancia, sea por el nacimiento de un hijo o de su pérdida, o simplemente por una complicación en la salud de éste lo que afecta.

Su estilo de vida presentan características similares, vida en pareja en unión libre, o bien madres solteras, la única casada es Elvira quien quizá por ser de otra generación, tenga más inculcadas las ideologías acerca de una vida tradicional de mujer como madre-esposa; además su situación económica es limitada y su escolaridad la básica, sólo cuentan con primaria y secundaria, sólo Elizabeth (16) y Blanca (18) ingresaron a nivel de bachillerato tecnológico, aparentemente son las únicas interesadas en tener un trabajo o desarrollarse fuera del área familiar.

En el caso de Elizabeth aún no vive con su pareja, pero en cuanto se recupere lo hará. Claudia y Blanca asumen su maternidad en soltería e Isabel proyecta hacer una vida en pareja, mientras que Yamilet y Elvira ya la tienen.

De esta forma la dependencia económica de ellas hacia sus parejas o familias existe en función de que sus estilos de vida no incluyen la vida remunerada ni independiente fuera del hogar, no puede en tanto haber decisiones que pongan en tela de juicio los valores con los que han sido educadas. Donde las expectativas de vida que están vinculados con la vida en pareja (matrimonio), la maternidad como eje en sus vidas independiente de la condición legal como Claudia y Blanca quienes se asumieron como madres solteras, así como la realización en estos espacios.

Una consideración que merece especial interés es que al tener una concepción de ser mujer donde la maternidad es básica, debiera existir una educación más explícita en que la mujer decida el momento en qué desea ser madre, ya que pudimos notar que casi todas

(menos Isabel) no planearon el momento de su primer embarazo y aunque lo fueron aceptando en la medida en que lo experimentaron.

Así las vidas de estas mujeres se juegan entre la vida y la muerte en que el tener o no a una pareja o familia que les apoye resulta indispensable en los momentos tan significativos que atravesaban, sea de pérdida de salud, de un hijo o bien de partes de su cuerpo, lo que sin duda les dejará una huella en su vida que quizá tenga un cambio en el plano de lo cotidiano a partir de dicha hospitalización. Por lo que quienes cuenten con el apoyo de su pareja tendrán una fuente de apoyo de mucho valor puesto que constituyen un confort extra a sus propios recursos, como Elvira, Yamilet e Isabel que tienen alguien a su lado, una especie de colchón donde sostener el momento vivido. Por ejemplo Claudia, Blanca a pesar de contar con su familia no tiene el mismo significado que el estar con sus ex-parejas, una por enfrentar la maternidad sola y la otra la pérdida del hijo, lo que nos lleva a cuestionarnos qué tan trascendental resulta para los seres humanos vivir en pareja, sentirse amado, protegido, más el género femenino que en nuestra cultura es quien pareciera más vulnerable se encuentra.

ANÁLISIS GENERAL

Dentro de los 89 casos que entrevistamos en el Hospital, observamos ciertas generalidades y diferencias entre la población. Los motivos de hospitalización más frecuentes son los partos, seguidos de los legrados, las histerectomías y los embarazos de alto riesgo. En tanto, apreciamos como el eje de vida de estas mujeres está muy vinculado con la maternidad, lo que incluye al esposo, el hogar y la atención hacia el otro. Del total de casos encontramos que casi todas las pacientes eran madres, independientemente de la edad, que oscilaba entre los 14 y 60 años, la mitad son adolescentes y el siguiente grupo se ubica de 21 a 40 y las de 41 a 60 ocupa sólo una quinta parte de ellas.

Además se observa que el estado civil de la dichas mujeres es diversa: solteras, unión libre, casadas y separadas; encontrando que la proporción de casadas y solteras es muy parecida, seguido de las que viven en unión libre y un mínimo (9) de separadas. Aquí hay que destacar que las que viven con pareja la mitad viven con sus suegros o bien en cuartos separados en el mismo terreno de la familia del hombre, con lo que se puede decir que hay problemas económicos puesto que muchas de dichas uniones no han sido planeadas sólo cuentan con los recursos de sus familias de origen y en ocasiones ni siquiera cuentan con un empleo estable, aunque no se generaliza a todos los casos ya que en la mayoría su situación económica es "regular" y no les permite tener abundancia o lujos, por algo se atienden en este Hospital de salud pública.

Notamos que la mayoría de ellas presentan también dependencia moral además de económica, respecto a su pareja, y/o sus padres, ya que no tienen casa propia, aunado a que la mayoría de ellas no trabaja, y quienes ya han trabajado lo recuerdan y consideran pero de momento prefieren estar en casa, atendiendo a su familia, señalando que después verán qué pasa como dejando una posibilidad lejana.

Otra característica importante a describir es que la concepción que tienen de sí mismas se apega al rol tradicional de ser madre y esposa, así como atender de lleno el hogar y sus seres queridos, donde sus proyectos de vida se limitaban a esa esfera, aunque ya hace

décadas se presentan cambios, observamos que en ciertos sectores, aún no se asumen como parte de la vida cotidiana del género. Recientemente hay un tercer estilo en que se confrontan los anteriores, y es ahí se ubican en su mayoría las adolescentes, que al no contemplar la maternidad a corto plazo en sus proyectos de vida y al mismo tiempo enfrentarla, surge un choque entre lo que se esperaba o creía que sería y su realidad que les lleva a responsabilizarse de ese nuevo ser.

Su escolaridad es la básica, la mayoría tienen hasta la secundaria y en menos casos nivel técnico, sólo 1 de ellas refirió tener licenciatura (médico) lo que nos cuestiona respecto a la influencia del nivel de escolaridad en los proyectos de vida, donde se contemplen aspectos profesionales o laborales.

Al enterarse de su estado la mayoría tuvo reacciones de sorpresa o preocupación por lo que iba a suceder después ya que a pesar de que algunas están casadas o viven en unión libre, tienen una situación económica poco favorable, sus relaciones maritales o familiares presentan conflictos, además en los casos de madres solteras a quienes les cambia la vida radicalmente al enterarse de su estado y tomar la decisión, de tener a su bebé y no la de abortarlo.

Al señalar los motivos de hospitalización, edad, situación económica, no podemos olvidar que a estas mujeres hospitalizadas las esperan en casa, personas cercanas a ella, aunque se esperaría que la mayoría viviera con su pareja, encontramos que dentro del total de casos la mitad si contaban con el apoyo de su familia, seguidas de las que si tiene pareja, pues sólo 8 de todas las entrevistadas mencionaron que no contaban con ningún apoyo, es decir, "se encontraban solas en el mundo".

Destacamos también que regularmente las más jóvenes son las que presentan *problemas familiares*, como la violencia, y parece ser la causa más común que las hace decidir llevar una vida en pareja, el darles un hijo, vivir con ellos, en ocasiones en agradecimiento al apoyo recibido durante el noviazgo; pudiera ser que buscaran fuera de su hogar el "amor" o "comprensión" que necesitaban, y estaban en un difícil rango de edad.

Respecto a la población de 21 años en adelante, se observa como en función de mayor edad los problemas se complejizan, ya que involucran miembros externos a la familia nuclear, ya sean por uniones o bien por el nacimiento de otros seres.

En cuanto a la salud se observó que si bien un área es alterada generalmente afecta la otra, pues al presentar un padecimiento físico también se trastorna su estado emocional o viceversa. Afirmamos esto porque, aproximadamente la sexta parte de éstas, (parto sin complicaciones) se encontraban estables en ambos sentidos.

Además es notorio, que no tienen cuidado con el cuerpo, puesto que la mayoría no manejaba algún método anticonceptivo, no asisten a revisiones periódicas, que de realizarse, les evitaría llegar a la hospitalización. Es hasta que el cuerpo ‘reclama’ (dolor, sangrado, absesos, etc.) cuando se empiezan a ocupar de su salud, pero por lo regular llegan en etapas en las que deben ser intervenidas inevitablemente.

De los casos que observamos más de la mitad presentan alguna experiencia de pérdida, siendo la minoría las que no la sufren, y aunque no siempre las situaciones llevan a una pérdida irreparable si les llevan a una pausa en su vida cotidiana, a un trance por la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre de Cárcer, A. (1989). *Preparación a la Maternidad*, Madrid: Morata, Págs. 80-93.
- Álvaro, J. L., Garrido, A. y Torregoza, J. R. (1998). *Psicología Social Aplicada*, Madrid: Mc Graw Hill, Págs. 352-370
- Apodaca, M. L. (1995). *Violencia Intrafamiliar*, México: UAM.
- Aseinson, C. A. (1993). *Cuerpo y Persona, Filosofía y Psicología del cuerpo vivido*, México Fondo de Cultura Económica, Págs. 213-279.
- Bakan, D. (1979). *Enfermedad, Dolor y Sacrificio, hacia una psicología del sufrimiento*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Bardwich, J. (1985). *Psicología de la Mujer*, Madrid: Alianza Editorial, Págs. 15-25.
- Barthes, R. (2001). *Fragmentos de un Discurso Amoroso*, México: Siglo veintiuno, Págs. 43-44, 136-138.
- Basaglia, F. O. y Kanoussi, D. (1983). *Mujer, locura y sociedad*, México: De la Universidad Autónoma de Puebla, Págs. 7-18.
- Beauvoir, S. (1994). *El Segundo Sexo*, México: Ediciones Siglo Veinte. Págs. 61-71.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E., Sierra, J.C. (1996). *Manual de Evaluación en psicología Clínica y de la Salud*, Madrid: Mc Graw Hill, Págs. 917-919.
- Bracoinner, A. (1997). *El Sexo de las Emociones*, España: Andrés Bello. Págs. 13-36.
- Carbajal, C. I. y Pérez, J. A. (1998). *Las Actitudes de Responsabilidad, Satisfacción, Hábitos y Creencias de la Mujer embarazada, como factores de Influencia en la Evaluación de la Calidad de la Atención Primaria durante la Gestación*, México: UNAM, Págs. 43-60.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar*, México: Paidós, Págs., 15-47.
- Cruz, J. N. (2001). *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*, México: UNAM, Págs. 126-174.
- Dolto, F. (2000). *Lo femenino*, España: Paidós. Págs. 20-35.
- Dolto, F. (1997). *La Imagen Inconsciente del cuerpo*, España: Paidós, Págs. 17-51.
- Figuroa, P. J.G. (1998). *La Condición de la Mujer en el Espacio de la Salud*, México: El Colegio de México, Págs. 275-303.

- Flores, H. E. y Sayaavedra H. (1997). *Ser Mujer ¿Un Riesgo para la Salud?*, México: Red de Mujeres A.C., Págs. 16-50.
- Galeana de Valadés, P. (1989). *Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional*, México: UNAM.
- Galende, E. (2001). *Sexo y Amor*, Argentina: Paidós. Págs. 23-58, 87-94.
- García, M. V. y Shartman, S. G. (1993). *Etiología del Conflicto Emocional en la Mujer*, México: UNAM, Págs. 2-34.
- Gil, G. P. y Calero, J. R. (1991). *Medicina Preventiva y Salud pública*, Barcelona: Cient. y Tec. S.A, Págs. 14-17.
- González de Chávez, M. A. (1993). *Cuerpo y subjetividad femenina*, Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A. Págs. 45-95
- Hernández, A. A.L. (1988). *Tres aspectos de la Psicología femenina*, Tesis, México: UNAM.
- Isua, J. A. (1987). *Psicosemiología y Psicopatología, Introducción a la psicoterapia de la salud*, Buenos Aires: Promedicina.
- Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, putas, monjas, presas y locas*, México: UNAM, Posgrado. Págs. 14-53.
- Langer, A. y Tolbert, K. (1998). *Mujer, Sexualidad y Salud Reproductiva en México, The Population Council*, México. Edamex, S. A. de C. V., Págs. 13-39
- Latorre, P. J.M. y Beneit, M. P.J. (1994). *Psicología de la Salud, Aportaciones para los profesionales de la salud*, Buenos Aires: Lumen.
- Lebreton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*, Argentina: Nueva visión, pags. 73-249.
- Lipovetsky, G. (1998). *La Era del Vacío*, España: Anagrama. Págs.34-78.
- Lipovetsky, G. (2000). *La Tercera Mujer*, España: Anagrama, Págs. 25-81, 213-2.
- López, C. (1996). *Climaterio, Imagen y Cuerpo Femenino*, México: Tesis UNAM, Págs. 51-57.
- Parada, A. L. (2000). *Antología de la Sexualidad Humana*, Tomo II México: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, Págs. 147-168.
- Macías, R. (2000). *Antología de la Sexualidad Humana*, Tomo II México: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, Págs. 169-195.

Macy, C. y Falkner, F. (1980). *Embarazo y nacimiento: Problemas y Placeres*, México: Harper & Row.

Mc Kinney, F. H., y Strommen, E. (1992). *Psicología del Desarrollo, edad adolescente*. México: Manual moderno.

Medina, C. V. (1998). *Embarazo, Parto y Puerperio; un Enfoque Histórico, Social, Cultural y Psicológico*. México: Tesis, UNAM Iztacala.

Nasio, J. D. (1999). *El Libro del Dolor y del Amor*, México: Gedisa, Págs. 13-38.

Newland, K. (1982). *La Mujer en el Mundo Moderno*, Madrid: Alianza Universidad.

Pérez, V. M. (1998). *Madres solteras, ¿Mujeres Devaluadas? La Conceptualización de sí Mismas Ante Esta Situación*, Tesis. México: UNAM, Págs.19-32.

Pichón, R. E. (1985). *La psiquiatría, una nueva problemática, del psicoanálisis a la psicología social*, Buenos Aires: Nueva Visión, Págs. 163-171, 245-253.

Ramírez, M. (1999). *Resumen del Proyecto de Psicología de la Salud en México, Comportamiento Relacionado a la salud, enfermedad, Papel del psicólogo*, México: Tesis. México: UNAM Iztacala.

Stith, S. (1992). *Psicosociología de la Violencia en el Hogar*. Barcelona: Desdlee de Brower.

Toro, (1995). *El cuerpo como delito*, España, Págs. 293-314.

Verhaeghe, P. (2001). *El Amor en los Tiempos de la Soledad; tres ensayos sobre el deseo y la pulsión*, México: Paidós, Págs. 48-86.

Videla, M. (1997). *Maternidad, Mito y Realidad*; Buenos Aires: Nueva Visión, Págs. 75-98.

Zamudio, A. A. (2001). *La familia como instrumento educativo de la ideología patriarcal, un principio de la opresión femenina*, México: UNAM, Págs. 13-28.

<http://www.insp.mx/>, “*Educación y Salud de la Mujer*”.

<http://www.aupec.univalle.edu.co/informes/abril01/gestantes.html>, “*Lo invisible: Mujeres gestantes*”.

http://salud.gob.mx/apps/htdoc/gaceta_010802/ppag16.htm, “*La Salud Mental de las Mujeres*”por Maria Josefa Díaz Aguirre.