



289115

1



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.

GRACIAS

*A ACEVEDO por ser un ejemplo,
a MENDIOLA por ser imprescindible
y a ACEVEDO MENDIOLA por su
retroalimentación.*

*A todos aquellos que estimularon mi camino
profesional y reforzaron cada meta lograda.*

*Agradezco la oportunidad que la
maestra Laura Ruth me brindó para
participar en esta investigación, y por su
empeño en la orientación del proceso de ésta.
También a Laura Palomino y Rosa Isabel, por
su dedicación y excelente asesoría.*

*Agradezco a Gabriela, por el apoyo constante
y a veces no retribuido y por su colaboración
indispensable.*

*Doy gracias a Angélica Barrientos Gómez por
la confianza, interés y amabilidad con que
brindó las facilidades para la realización de
esta investigación.*

*De la misma manera agradezco a los médicos
del Hospital de Ticomán que contribuyeron en
este trabajo.*

Gracias a Martha,

Carmen y a

Liz

por compartir sus profesión conmigo.

A Elsa por su solidaridad.

A Gerardo Casanova, por su calidez médica

Al doctor Raúl Ponce...gracias.

A la médica Gloria Santos, también ...

A quienes en algún momento atendieron mis demandas para construir mi trabajo, con la estadística, las gráficas, la guía en los escenarios ¡todo!, por simples que hayan parecido.

También a mis "cómplices".

Ana

*Me estremeció la mujer que parió once hijos
en la época de la harina y un kilo de pan
y los miró endurecerse mascando garijos.
Me estremeció porque era mi abuela, además.*

Silvio Rodríguez

ÍNDICE

<i>Resumen</i>	1
<i>Introducción</i>	2
<i>Capítulo 1. Mortalidad materna</i>	4
1.1. Mortalidad materna	4
1.2. Mortalidad materna en México.....	6
1.3. Posibles causas de la mortalidad materna.	8
1.3.1. Factores biológicos.....	8
1.3.2. Factores culturales y socioeconómicos	14
1.3.2.1. Prestación de servicios de salud.	26
<i>Capítulo 2. Control prenatal</i>	44
2.1. Control prenatal.....	44
2.2. El control prenatal como parte importante de la salud reproductiva.....	54
2.3. La problemática del control prenatal en un municipio en el estado de México.....	63
<i>Capítulo 3. Psicología social: psicología social de la salud y actitudes</i>	65
3.1. Psicología social de la salud.....	65
3.2. Actitudes.....	68
3.2.1. Medición de actitudes.....	72
<i>Capítulo 4. Metodología</i>	76
4.1. Procedimiento.....	78
4.2. Resultados.....	79
4.3. Discusión.....	90

Conclusiones 100

Bibliografía 103

Anexo 109

RESUMEN

En México, como en muchos países en desarrollo, cada año mueren miles de mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Los programas de salud reproductiva emprendidos con auténtico interés por el gobierno mexicano no han sido suficientes para eliminar la mortalidad materna. Este hecho demuestra que dichos programas tienen deficiencias que no pueden ser solucionadas. Por tal motivo, es necesario buscar las fallas en la propia prestación de los servicios de salud y en el comportamiento de sus usuarios. Es indispensable dirigir la atención hacia ese punto clave de la salud pública, el uso y el no uso concreto que los mexicanos (en particular las mujeres embarazadas) hacen de los servicios de salud que el gobierno ofrece.

Por lo anteriormente expuesto, el presente trabajo se propone identificar cuáles son las actitudes de las mujeres embarazadas mayores de 20 años hacia el control prenatal; pues de esta manera los prestadores de servicios de salud en México podrán cambiar sus estrategias de acción y lograr con ello la solución a un problema de dimensiones nacionales.

En este trabajo se abordan las posibles causas de mortalidad materna, desde el punto de vista biológico y socioeconómico, tomando en cuenta las cuestiones de género.

Posteriormente se explica el control prenatal y su importancia dentro de la salud reproductiva.

Se finaliza con el tema de las actitudes y la importancia de éstas dentro de la psicología social de la salud.

Se utilizó una escala de actitudes tipo Likert que exploró actitudes hacia el control prenatal. Se validó el contenido del instrumento y posteriormente se corrigió. La escala se reconstruyó y se sometió a jueceo y piloteo. El instrumento definitivo se estructuró con 42 preguntas, de las cuales cuatro eran abiertas.

La muestra constó de 100 mujeres embarazadas del total de población de mujeres embarazadas.

Los resultados mostraron que la actitud de las mujeres hacia el control prenatal es favorable, sin embargo la actitud hacia el tiempo de espera y el mal trato por los servidores de salud es desfavorable para muchas mujeres.

INTRODUCCIÓN

La psicología social se ha interesado en el estudio de las actitudes, pues generalmente las actitudes son una predisposición implícita que ejerce influencia hacia ciertos eventos

En el ámbito de la salud, la psicología social y el estudio de las actitudes, han contribuido a resolver ciertas interrogantes para el mejoramiento de los servicios de salud y la forma en que estos se prestan

Actualmente la mortalidad materna sigue siendo un problema sin resolver, a pesar de los grandes avances que se han dado en la medicina

El control prenatal es importante como una forma para prevenir la mortalidad materna, ligado a este problema social como son las cuestiones de género, la salud de las mujeres se influencia por sus propias actitudes, y puede determinar decisiones en cuanto a su propia salud

Es por ello que se realizó un estudio con el objetivo de identificar cuál es la actitud de las mujeres embarazadas de 20 años en adelante hacia el control prenatal. Esto será un avance en el conocimiento de la problemática

En el primer capítulo, desde el punto de vista teórico, se aprecian los aspectos biológicos y socioeconómicos que influyen en la mortalidad materna. Se describe el concepto de mortalidad materna y sus posibles causas. En cuanto a las biológicas se mencionan algunos de los factores de riesgo como las enfermedades existentes o que aparecen durante el embarazo en la mujer (preclampsia, eclampsia, hemorragias, aborto, desnutrición, etcétera). En el aspecto socioeconómico se aborda el análisis de género y algunos estudios; que permiten percatarse de la situación en desventaja en que se encuentra la mujer en México, cómo todo esto influye en el cuidado y preservación de su propia salud

La atención de calidad de los servicios de salud se toma en cuenta, pues las condiciones en que estas se den, contribuyen a la preservación de la salud de las mujeres durante el embarazo. La relación médico paciente toma relevancia en relación a los problemas de servicios de salud.

En el segundo capítulo se describen algunas definiciones de control prenatal y se pone énfasis en la importancia que éste tiene para prevenir la mortalidad materna. Además de las definiciones, se explica en qué consiste. El control

prenatal es una parte importante dentro de la salud reproductiva, lo cual se menciona en este capítulo

El tercer capítulo se refiere precisamente a las actitudes, y como el estudio de estas proporciona conocimiento hacia un problema social, de una muestra de una cultura determinada

Las mujeres embarazadas asisten al control prenatal, pero el mayor problema en sus asistencia se encuentra en la calidad de los servicios de salud, que ellas padecen

✱ CAPITULO I

MORTALIDAD MATERNA

Mujer, espiga abierta entre pañales
 cadena de eslabones ancestrales
 ovario fuerte
 di, di lo que vales
 la vida empieza
 donde todos son iguales
Gloria Martín¹

1.1. Mortalidad materna

La mortalidad materna, que a principios del siglo XX era una importante causa de defunción en las mujeres en edad fértil en todo el mundo, en la actualidad ha dejado de ser un problema importante de salud pública en la mayoría de los países desarrollados, gracias a la mejora del nivel de vida y de las condiciones sanitarias generales y a la adecuada asistencia prenatal, intranatal y posnatal.

Sin embargo, en la mayoría de los países subdesarrollados, las principales causas de defunción entre las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las cuales afectan considerablemente su esperanza de vida

TABLA 1. POBLACIÓN FEMENINA EN EDADES FÉRTILES, 1997

<i>Grupos quinquenales de edad</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
Total	25 288 305	100.0
15-19	4 966 029	15.5
20-24	4 675 563	18.5
25-29	4 165 587	15.5
30-34	3 617 453	14.3
35-39	3 176 730	12.6
40-44	2 592 843	10.3
45-49	2 094 100	8.3

Fuente: INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997*, citado en INEGI y Conmujer, *Mujeres y hombres de México*, pág. 17.

¹ "Mujer". Gloria Martín

En su concepción clásica, el término mortalidad materna se usa para etiquetar las muertes ocurridas por causas directamente relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, es decir, con el riesgo de la reproducción.

Antes de 1958 no se establecía ninguna limitación de tiempo para considerar una muerte como debida a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, por lo que en teoría podía incluirse la muerte de mujeres a consecuencia de complicaciones de un embarazo ocurrido años antes. Actualmente la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sólo considera muerte materna la que ocurre dentro del embarazo o los 42 días siguientes a su terminación. La Asociación Médica Americana y en la mayoría de los Estados Unidos se amplía este plazo hasta los 90 días después del alumbramiento

La muerte de mujeres sanas durante el embarazo, el parto o el puerperio tiene consecuencias profundamente negativas para las familias y demás integrantes de la comunidad. Además, la mortalidad materna pone en evidencia severas deficiencias en la captación oportuna de las embarazadas, en la calidad del servicio de control prenatal y en la atención del parto, el puerperio y la planificación de la fertilidad.

En 1987 el término maternidad sin riesgo adquirió relieve internacional al haber sido mencionado por Mahler, exdirector de la Organización Mundial de la Salud. Entonces, al igual que ahora, la mortalidad materna variaba enormemente entre las naciones industrializadas y los países en desarrollo. El riesgo relativo de muerte materna en un país en desarrollo era entonces, como lo es hoy, 200 veces superior al de una nación industrializada. Los cuidados en el periodo prenatal y durante el parto contribuyeron a disminuir gradualmente la morbilidad y mortalidad materno-infantil; sin embargo, los resultados no fueron satisfactorios. En los últimos años se refuerza la idea de que aquellos cuidados, además de actuar en los periodos prenatal, parto y posparto, deben empezar en la etapa preconcepcional, es decir, antes de que la mujer se embarace. Esto garantiza una labor realmente preventiva.²

² P. Dumet Hinostroza, "Salud reproductiva, algo más que un concepto", <http://www.hoy.net/de-htm/libro-6/salud/salud04.htm>.

1.2. Mortalidad materna en México

La mortalidad materna en México es uno de los principales problemas de salud pública que afectan a las mujeres en edad reproductiva (Declaración de México para Maternidad sin Riesgos, 1993). Sin embargo, esto adquiere mayor interés cuando nos percatamos de que las principales causas de mortalidad materna pueden ser prevenidas con el adecuado uso de los servicios de salud. Es decir, el acceso a los servicios de atención prenatal desde el primer trimestre del embarazo, se relaciona con una mejor calidad de vida tanto para las madres como para los hijos.³

Gregorio Pérez Palacios, actual director de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (SS), considera que pese a que en las dos últimas décadas ha disminuido en México la mortalidad en mujeres embarazadas, esto constituye un reto todavía más acentuado en localidades con altos índices de marginación, pues el origen de la mortalidad materna es multifactorial, se relaciona con las condiciones nutricionales, sanitarias y los accesos a los servicios de salud.

Pérez Palacios puntualiza que anualmente se registran más de mil 500 muertes de mujeres embarazadas por falta de atención médica o porque éstas acuden demasiado tarde a los hospitales.⁴

A nivel nacional, el rango de edad en el que ocurren más muertes maternas es de 20 a 24 años de edad; teniendo el mayor porcentaje Colima y Zacatecas (50.00%), y el menor Tabasco (6.26%).

Aunque la cantidad de muertes por causas obstétricas no es alta en comparación con los millones de mujeres que habitan el país, es alta en relación con los avances médicos existentes, pues de acuerdo con éstos no debería existir ninguna muerte materna.

En la siguiente tabla se puede observar el reporte de defunciones maternas en cada uno de los estados de la República.

³ A. Murillo, "Mortalidad materna en el IMSS", *Salud Pública de México*, vol. 5, núm. 35, 1996, pág. 377.

⁴ Gregorio Pérez Palacios, citado en "Se registran más de mil muertes de mujeres embarazadas anualmente por falta de atención médica", México, todito.com, 15 de marzo de 2000.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, MORTALIDAD MATERNA SEED, SEGUN GRUPOS DE EDAD

ENTIDAD FEDERATIVA	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60 y más	N.º	Total
Aguascalientes	0.00	0.00	0.00	14.29	42.86	21.43	14.29	7.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Baja California	0.00	0.00	11.11	29.63	29.63	14.81	7.41	7.41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Baja California Sur	0.00	0.00	0.00	16.67	33.33	33.33	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Campeche	0.00	0.00	14.29	14.29	0.00	42.86	14.29	14.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Coahuila	0.00	0.00	14.29	35.71	21.43	14.29	14.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Colima	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Chiapas	0.00	0.00	31.75	15.87	15.87	20.63	9.52	3.17	0.00	0.00	0.00	0.00	3.17	100.00
Chihuahua	0.00	2.63	13.16	23.68	15.79	21.05	21.05	2.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Distrito Federal	0.00	0.00	13.25	13.25	19.28	31.33	12.05	10.84	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Durango	0.00	0.00	9.09	18.18	18.18	27.27	18.18	9.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Guanajuato	0.00	0.00	4.62	20.00	29.23	20.00	21.54	4.62	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Guerrero	0.00	0.00	16.18	22.06	20.59	20.59	13.24	7.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Hidalgo	0.00	0.00	16.67	20.83	20.83	12.50	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	12.50	100.00
Jalisco	0.00	5.41	10.81	18.92	18.92	18.92	16.22	8.11	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	100.00
México	0.00	0.00	16.49	22.16	21.13	18.56	16.49	4.12	0.52	0.00	0.00	0.00	0.52	100.00
Michoacán	0.00	0.00	6.78	18.64	28.81	20.34	11.86	11.86	1.69	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Morelos	0.00	0.00	5.56	11.11	22.22	27.78	27.78	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Nayarit	0.00	0.00	11.11	22.22	22.22	33.33	11.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Nuevo León	0.00	0.00	25.00	15.00	30.00	15.00	10.00	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Oaxaca	0.00	1.11	8.89	16.67	28.89	22.22	16.67	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Puebla	0.00	0.94	16.04	16.98	24.53	17.92	15.09	5.66	0.94	0.94	0.94	0.00	0.00	100.00
Querétaro	0.00	0.00	6.90	20.69	17.24	27.59	6.90	17.24	3.45	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Quintana Roo	0.00	9.09	9.09	9.09	18.18	27.27	18.18	9.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
San Luis Potosí	0.00	0.00	5.56	16.67	20.56	16.67	11.11	16.67	2.78	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Sinaloa	0.00	0.00	8.33	25.00	33.33	16.67	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Sonora	0.00	0.00	15.00	15.00	20.00	35.00	10.00	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Tabasco	0.00	0.00	15.63	6.25	25.00	18.75	31.25	0.00	3.13	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Tamaulipas	0.00	0.00	12.00	28.00	16.00	12.00	28.00	4.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Tlaxcala	0.00	6.25	12.50	31.25	31.25	18.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Veracruz	0.00	0.00	13.25	22.89	15.66	26.51	14.46	0.02	1.20	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Yucatán	0.00	0.00	9.09	13.64	13.64	31.82	18.18	13.64	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Zacatecas	0.00	0.00	10.00	50.00	0.00	20.00	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Total	0.00	0.56	13.27	19.50	22.30	21.42	15.19	6.47	0.56	0.08	0.08	0.00	0.56	100.0

Fuente: Reporte Mensual de Defunciones para Programas Prioritarios, SEED, DGL/SSA, 1998. Información preliminar, corte informativo del 26 de agosto de 1999.

1.3 Posibles causas de la mortalidad materna

Las causas de mortalidad materna son múltiples e intervienen factores tanto biológicos como culturales

Las defunciones maternas pueden dividirse en directas e indirectas. Las defunciones obstétricas directas son producidas por complicaciones obstétricas del estado de embarazo (embarazo, trabajo de parto y puerperio), intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. En los países en desarrollo las causas directas más frecuentes son el aborto inducido, la hemorragia, las infecciones, el parto obstruido y la eclampsia, cuya importancia relativa varía entre los distintos países

Las defunciones obstétricas indirectas son originadas por una enfermedad existente antes del embarazo o que evoluciona durante éste, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo,⁵ como las anemias, la malaria, la hepatitis y la tuberculosis

1.3.1. Factores biológicos

Es útil englobar los factores de riesgo para la madre o el feto en cuatro categorías principales:

Dentro de los *riesgos preexistentes* están las edades extremas (menores de 18 o mayores de 35 años), la paridad (la primera o después de la quinta son las de más riesgo), los intervalos cortos entre los embarazos (intervalos intergenésicos menores de dos años), la pobreza, los malos hábitos higiénicos y el vivir en zonas urbanas marginales o en zonas rurales con servicios de salud inadecuados. A estos factores se agregan la baja estatura (menor de 140 cm) y la mala nutrición u obesidad de la madre.

Las *enfermedades preexistentes* tienen una clara influencia sobre el curso del embarazo y el parto, con consecuencias que pueden ser serias para la madre y el feto. Dentro de las enfermedades preexistentes deben mencionarse las enfermedades venéreas, el SIDA, la tuberculosis, las infecciones crónicas, la

⁵ L. Salleras Sanmartí y L. I. Gomez López, "Salud materno infantil", en G. Piédrola Gil, M. Domínguez Carmona y J. del Rey Calero, *Medicina preventiva y salud pública*, pág. 1107.

diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas y renales. También son importantes las anomalías estructurales de la madre y los antecedentes de dificultades obstétricas y pérdidas fetales.

Entre los *riesgos que aparecen durante el embarazo* están la anemia, la diabetes, las infecciones, bajo aumento de peso o su exceso, los embarazos múltiples o con problemas de presentación del feto, el abuso del alcohol, las drogas y el tabaco, la exposición a radiaciones y los riesgos ocupacionales.

En lo que se refiere a los *riesgos que se presentan durante el parto* están los problemas de presentación fetal, las septicemias, los peligros asociados con la anestesia, las hemorragias durante el trabajo de parto, el parto prematuro o prolongado y la ruptura prematura de membranas. A estas situaciones hay que añadir los riesgos que se presentan en el posparto, entre los que destacan las hemorragias y las infecciones.

Todos estos factores de riesgo exigen cuidados prenatales adecuados y de atención especial durante el parto a fin de reducir la mortalidad y la morbilidad de la madre y su niño. Estos cuidados no terminan con el nacimiento, sino que deben extenderse luego del mismo, manteniendo a las madres —especialmente aquellas con antecedentes de complicaciones— bajo observación estrecha por lo menos en las primeras horas posteriores al parto, teniendo en cuenta la posibilidad de hemorragias e infecciones.⁶

La doctora Judith Fortney⁷ mencionó que es necesario prestar más atención al periodo de posparto. Antes se acostumbraba que una enfermera de salud pública visitara a la madre varios días después del parto, pero esto ya no se hace en los países en desarrollo ni en los desarrollados. Frecuentemente el centro de salud u hospital da de alta a la madre seis horas después del parto. Sin embargo, existe el riesgo de que una madre desangre lentamente y muera. Muchos problemas pueden surgir durante los primeros días.

Las causas de mortalidad materna son múltiples y no son siempre estrictamente biológicas, sino que están relacionadas con una amplia gama de condiciones. En muchos casos tienen un infortunado denominador común: atacan

⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), *Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa*, pág. 11.

⁷ Citada en William R. Finger, "Una mejor atención en el posparto salva vidas", *Network en español*, vol. 17 núm. 4, verano de 1997, pág. 18.

desproporcionadamente a aquellas embarazadas que viven en situaciones de pobreza extrema y lejos de donde pueden recibir atención adecuada

Además de las causas médicas, hay que considerar problemas logísticos, de transportes o deficiencias de los servicios de salud (se hablará sobre esto en los apartados siguientes).

En muchos casos las embarazadas entran en situaciones de riesgo debido a su deficiente estado físico y a la carencia o insuficiencia de cuidados prenatales, a los que no acuden frecuentemente o lo hacen cuando es demasiado tarde

Muchas veces la mortalidad materna es el resultado final de una mala salud reproductiva y de procesos de desgaste del organismo producidos por décadas de desnutrición y miseria. Estos procesos pueden comenzar antes del nacimiento, proseguir durante la infancia y adolescencia y continuar más tarde en la vida de las embarazadas. Comprende una amplia gama que va desde deficiencias vitamínicas y de minerales persistentes, hasta problemas derivados de embarazos a edades extremas, de embarazos múltiples con períodos de separación demasiado breves o demasiado largos.

La nutrición deficiente, las parasitosis intestinales, diversas infecciones y el trabajo físico excesivo potencian sus efectos y producen un porcentaje elevado de mujeres anémicas y desnutridas. En esas condiciones los embarazos, especialmente los frecuentes con intervalos cortos entre los mismos, causan estrés físico adicional, que puede inducir al síndrome de agotamiento materno. Las embarazadas que dan a luz en estas condiciones y que sin recuperarse totalmente se embarazan nuevamente, incrementan las posibilidades de tener hijos prematuros y de bajo peso al nacer. Se crea así un círculo vicioso de marcados efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las madres y sus niños.

El aborto inducido, usado fundamentalmente como método para regular la fecundidad, está en aumento en muchos países latinoamericanos, a pesar de las serias restricciones legales, sociales y religiosas. Se supone que en América Latina el aborto inducido está entre las principales causas de muerte de las mujeres entre los 15 y los 49 años de edad, aunque las cifras reales se desconocen, ya que muchos casos ocurren fuera del ámbito hospitalario. La mortalidad por aborto podría ser responsable de hasta la mitad de las muertes maternas.

Su carácter de ilegal hace que sea practicado, especialmente en el caso de mujeres de escasos recursos, por las propias pacientes o por personas inexpertas

y en muchos casos sin la asepsia adecuada

Los riesgos asociados con el aborto inducido dependen de una serie de variables, entre las que se cuentan el método utilizado, la competencia técnica de quien lo realiza, el momento del embarazo, la edad y el estado de salud de la embarazada, y la disponibilidad y calidad de los cuidados médicos. Cuando el aborto se realiza en momentos y condiciones inadecuadas —especialmente en etapas avanzadas del embarazo— la incidencia de complicaciones es muy elevada.

Entre esas complicaciones, las más frecuentes son las infecciones pélvicas y las hemorragias, causas importantes de la mortalidad. Otras complicaciones habituales son los traumas a los órganos de la pelvis, las perforaciones uterinas y daños a la vejiga e intestinos. A éstas hay que agregar las derivadas de algunos métodos específicos para producir el aborto. Entre éstos están el abuso de sustancias químicas que se introducen en el cuello uterino y provocan quemaduras y hemorragias y la ingestión de sustancias tóxicas que producen daños sobre el feto y la madre, a veces sin terminar en aborto.

Además de las consecuencias físicas y psicológicas del aborto para las embarazadas, este produce un drenaje considerable de recursos a los servicios de salud, que deben enfrentar la atención de sus frecuentes complicaciones.

Se ha señalado que el aborto, más que una opción, es la respuesta a la falta de opciones reales, tanto de salud como económicas, sociales y educativas, lo cual impone riesgos considerables, en especial para aquellas mujeres sin acceso a intervenciones seguras, víctimas de estándares sexuales arbitrarios e injustos.⁸

Para México, el aborto constituye un problema de salud pública. Es posible que las mujeres recurran al aborto como último recurso para limitar su fecundidad cuando han alcanzado una alta paridad y no desean más hijos.⁹

Las hemorragias que se producen antes del nacimiento, después del parto o como consecuencia del aborto son factores importantes de mortalidad. En este caso, factores no sólo médicos sino relacionados con la calidad de servicios, la posibilidad de abastecimiento de sangre y de tratamiento rápido y oportuno son cruciales para evitar desenlaces fatales. Una vez desencadenada, esta complicación no admite demoras ni equivocaciones. De allí la importancia de

⁸ OFS y OMS, *op. cit.*, pág. 11.

⁹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (Unfem), *La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX*, pág. 38.

conocer la historia previa de la embarazada, pues las mujeres multiparas, con antecedentes de hemorragias posteriores al parto o con anemias pronunciadas antes del embarazo constituyen grupos especiales de riesgo. La frecuencia con que se presentan y la importancia de su detección oportuna ponen énfasis en la necesidad de entrenar a las parteras empíricas y a los trabajadores de la salud, capacitándolos para detectar aquellos signos que indiquen mayor riesgo y determinar la necesidad inmediata de referencia a los niveles de atención más adecuados.

Las infecciones constituyen otra causa importante de mortalidad materna; su detección temprana y tratamiento oportuno ayudan a combatirlas eficazmente. Causas importantes de infección son la contaminación del tracto genital por higiene inadecuada o por el uso de instrumentos no esterilizados durante el parto. Dos condiciones que predisponen a este tipo de complicación y sobre las cuales hay que poner especial atención son la ruptura prematura de membranas y los fragmentos de placenta retenidos, especialmente cuando el parto se realiza lejos de centros hospitalarios.

La ruptura de membranas que no concluye en parto en las 24 horas subsiguientes frecuentemente provoca infecciones tanto maternas como fetales. Para combatirlas existen diversas medidas, incluso algunas de ellas pueden ser llevadas a cabo por personal no profesional.

La colaboración de este personal es crítica en casos de parto obstruido, muchos de los cuales requieren operación cesárea. Esta operación no carece totalmente de riesgo, pues aun en muy pequeña proporción de casos el nacimiento por cesárea aumenta la morbilidad y mortalidad materna, la estadía hospitalaria, los riesgos de asfixia al nacer, los trastornos respiratorios neonatales, la convalecencia y las alteraciones psicoafectivas. La utilidad, sin embargo, de este procedimiento obliga a considerar la posibilidad de que no sólo los cirujanos obstetras, sino también los médicos generales, reciban el entrenamiento adecuado para realizarla.

La preclampsia puede desembocar en un cuadro grave en la embarazada, que incluye convulsiones, lo que se denomina eclampsia. Esta es una complicación frecuente y grave del embarazo, que puede dar lugar a un desenlace fatal. Por ello, el control prenatal para detectar síntomas tempranos como la hipertensión arterial, el edema o el marcado aumento de peso son de

importante relevancia

La eclampsia es más frecuente en los países en desarrollo, debido entre otras causas al estado de nutrición de las embarazadas, así como a la presencia de enfermedades no tratadas. La mayor frecuencia de muerte por eclampsia en las poblaciones desprotegidas se debe en gran medida a la falta de acceso y de uso apropiado de los servicios de salud.

Las causas de mortalidad materna mencionadas destacan por su mayor frecuencia y pueden servir para diseñar estrategias de ataque para prevenirlas o disminuir su número.

Cuando los servicios de salud son accesibles, eficientes y son utilizados por quienes lo necesitan pueden contribuir a evitar desenlaces fatales en una alta proporción de casos. Por el contrario, el tratamiento deficiente de las complicaciones, la falta de cuidados prenatales, la insuficiencia de personal capacitado y de abastecimientos críticos y la inaccesibilidad a los servicios de atención del embarazo y parto son importantes factores causales de la mortalidad materna.

La falta de personal adecuadamente entrenado en los distintos niveles de atención de la embarazada y del parto continúa siendo un problema importante en muchos países de América Latina y el Caribe, donde los profesionales tienden a concentrarse en las zonas urbanas más pudientes. A este factor debe agregarse la insuficiencia de abastecimientos esenciales como sangre y antibióticos y las dificultades de transporte y comunicación, hechos que complican aún más situaciones sumamente graves. En lo que concierne a los servicios de salud, su accesibilidad determina el grado de su utilización y, en parte, de su eficacia. Las tasas de mortalidad materna son tanto más elevadas cuanto más difícil es el acceso a los servicios. Aumentar su accesibilidad debe ser prioridad para las autoridades sanitarias de los distintos países.¹⁰

En los países en desarrollo, una de cada 48 mujeres corre el riesgo de morir por complicaciones relacionadas con la gestación y el parto. Por causas indirectas (trastornos previos como la malaria, la anemia, problemas de hipertensión, la diabetes, la tuberculosis y la hepatitis, que se agravaron durante el embarazo) muere 19% de mujeres, por obstrucción en el parto 8%, trastornos de hipertensión 12%, hemorragia 25%, infección 15%, aborto arriesgado 13% y

¹⁰ OPS y OMS, *op. cit.*, pág. 11.

otras causas directas 8%¹¹

1.3.2 Factores culturales y socioeconómicos

Los factores culturales son determinantes para el desarrollo del individuo, por lo cual son importantes también en la vida de las mujeres embarazadas. El problema de mortalidad materna no puede considerarse aislado de la situación de la mujer en la sociedad

La cultura es el conjunto de respuestas que se da colectivamente ante las necesidades, también colectivamente sentidas. De esta manera, la cultura implica una visión totalizadora de la sociedad y de los productos humanos a través de la historia, que incluye prácticamente todas las áreas de su quehacer común, ya sea organización económica, regulaciones jurídico-políticas, normas de estructuración social, etcétera. Cada grupo social ha creado y sigue recreando costumbres, sistemas simbólicos, códigos de comunicación –incluido el lenguaje–, valores, formas de concebir el mundo, las relaciones entre los hombres, la naturaleza y las divinidades, los contenidos del éxito o del fracaso, creencias, normas de comportamiento, premios o sanciones, sistemas de salud, etcétera.

Stavenhagen¹² subraya tres perspectivas que deben considerarse al acercarse al estudio de la cultura: *a*) la cultura como proceso colectivo de creación y recreación, *b*) la cultura como herencia acumulada de generaciones anteriores y *c*) la cultura como conjunto de elementos dinámicos susceptibles de ser transferidos entre grupos y, en su caso, de ser aceptados, rechazados o reinterpretados. El que ello ocurra dependerá de múltiples factores, tanto en el seno de las culturas *receptoras* como en el de las *difusoras* y, evidentemente, de las relaciones de poder entre ambas.

Cada cultura construye sus propias ideas en cuanto a lo que significa ser mujer u hombre. Por medio de la socialización, los individuos interiorizan los atributos que socialmente se asignan a hombres y mujeres.

El término sexo se usa para hacer referencia a los atributos del hombre y la mujer originados por sus características biológicas, y género para referirse a las

¹¹ Barbara Shane, *Planificación familiar: salvando las vidas de madres y niños*, pág. 7.

¹² Citado en Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar, México, 1992, *La planificación familiar en las áreas rurales de América Latina*, pág. 14

cualidades distintivas del hombre y la mujer (o masculinidad y femineidad) que son creadas culturalmente. Género es, entonces, el conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que la sociedad adscribe diferencialmente a los sexos.¹⁵

La disciplina que primero utilizó la categoría género para establecer una diferencia con el sexo fue la psicología, en su vertiente médica. John Money la utilizó en 1955 y posteriormente Robert Stoller la desarrolló en un estudio de los trastornos de la identidad sexual (1968), cuyos resultados hicieron suponer a Stoller que lo que determina la identidad y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a los hombres o a las mujeres, y concluyó que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.

Desde esta perspectiva psicológica, género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas.

- 1) La atribución de género. Se realiza en el momento en que nace el bebé, a partir de la experiencia exterior de los genitales, siendo esto el primer criterio de identificación de un sujeto dentro de la familia. A partir de este momento la familia se ubicará como emisora de un discurso cultural teniendo como base los estereotipos de masculinidad y de femineidad que cada uno de ellos sustenta para la crianza adecuada de ese niño o niña
- 2) La identidad de género. Se cree que se establece más o menos a la edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior al conocimiento de la diferencia anatómica de los sexos. Por eso, desde dicha identidad el niño estructura su experiencia vital, donde una vez identificado y asumido el género con todas sus manifestaciones, sentimientos o actitudes, es imposible cambiarle.
- 3) El papel de género. Éste se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva, las mujeres paren a los hijos y los cuidan, por

¹⁵ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). *Taller de salud sexual y reproductiva para madres y embarazadas adolescentes*, pág. 225.

lo tanto, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales, establece estereotipos, generalmente rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.

El concepto de género ayuda a comprender que las cuestiones consideradas como naturales en los hombres o las mujeres en realidad son características socialmente construidas que no están determinadas por la biología. El trato diferente que reciben niños y niñas, solo por pertenecer a un sexo, va favoreciendo en los infantes una serie de características y conductas distintas. Un estudio que se llevó a cabo en Estados Unidos prueba lo anterior: dos grupos de estudiantes, profesionistas y gente común (electricistas, secretarias, choferes, etcétera) pasaron un rato observando a varios recién nacidos y anotaron sus impresiones. Durante más de seis meses personas de distintas formaciones, niveles socioeconómicos y culturales observaron a los bebés del cunero. Las enfermeras tenían la consigna de poner cobijas rosas a los varones y azules a las niñas cada vez que un grupo observador visitaba el área. Los resultados fueron los esperados: los participantes se dejaron influir por el color de las cobijas y escribieron en sus reportes: “es una niña muy dulce”, cuando en realidad era un varón, y “es un muchachito muy dinámico”, cuando se trataba de una niña. El género de los niños (representado por el color de las cobijas) condicionó la respuesta de las personas.

A partir de distinguir entre el sexo biológico y lo construido socialmente se empezó a extender el uso del término género para nombrar muchas situaciones de discriminación de las mujeres, justificadas por la supuesta anatomía diferente, cuando en realidad tienen un origen social. Si bien las diferencias sexuales son la base sobre la cual se asienta una determinada distribución de papeles sociales, esta asignación no se desprende “naturalmente” de la biología, sino que es un hecho social.¹⁴

El proceso de socialización no es el mismo para las mujeres y los hombres. Es común observar que desde muy temprana edad a los niños se les fomenta la

¹⁴ Marta Lamas, “La perspectiva de género”, en José Ángel Aguilar Gal y Beatriz Mayén Hernández (comp.), *Hablemos de sexualidad. Lecturas*, pág. 249

inteligencia, la agresividad, la libertad, la rebeldía, la audacia, desarrollándose de esta manera sus capacidades físicas. Para lograr esto se les proporciona juguetes que ayudan a fortalecer estas cualidades, tales como soldados, pistolas, aviones, coches, entre otros. Asimismo se les inculcan valores que por un lado reprimirán sus emociones y por otro, generaran sentimientos de superioridad respecto al sexo femenino.

A las niñas se les fomentan cualidades como abnegación, sumisión, pasividad, temor, dependencia, obediencia, seducción, docilidad; limitando de esta manera su desarrollo físico al prohibirles los juegos bruscos e inculcándoles valores de acuerdo con su sexo, enfocando su papel al servicio y a la atención de los hombres. Generalmente los juguetes que se le brindan son utensilios para el hogar, juegos de té, artículos de belleza y muñecas, entre otros; siendo siempre en función al papel que algún día desempeñarán como esposas, madres de familia y amas de casa.

Así, el proceso de socialización repercute en la vida futura del individuo, y a partir de las distintas funciones y tareas que desempeñan los integrantes de una familia, se establecen las áreas de poder dentro del grupo, así como en el contexto social.

Los medios de comunicación también constituyen una de las instancias más importantes para reforzar esta condición del hombre y de la mujer, con mayor énfasis en la mujer como un ser inferior. Por ello, la radio, el cine, la prensa, la televisión, las revistas tienen una doble función: 1) informativa, en cuanto que proyectan información y comunicación de ideas; y 2) formativa, en cuanto que sirven para la formación de valores.

Estos medios promueven la idea de que la única manera de realización de la mujer es por medio del matrimonio y que la ocupación más frecuente es la de ama de casa. La publicidad explota el amor maternal y los sentimientos que se desprenden de él.

En la actualidad la educación de las niñas en la sociedad mexicana tiene dos funciones: por una parte, la de objeto sexual, que es el que promueven los medios de comunicación y por otra; la clásica imagen de la mujer hogareña que lava, plancha, atiende a los hijos, a su marido y, en general, hace todas las labores domésticas del hogar.

En el discurso escolar, a partir del uso de adjetivos y de ilustraciones, se

fomenta una situación desigual entre los dos géneros, que a fuerza de repetirse se solidifica, se fija y se convierte en norma ¹⁵

En la sociedad actual, a la mujer se le reconoce con aquellos atributos que son definidos como más próximos a lo natural que a lo cultural. La asociación de la mujer con la naturaleza se centra en la esfera de lo privado y destaca las posibilidades de cuidado y reproducción, por ello se le reconoce como la que tiene las condiciones "naturales" para criar a los hijos. Mas allá del hecho de que muchas mujeres trabajan fuera del hogar, son identificadas ante todo como madres y amas de casa. El hombre, en cambio, es definido como más próximo a lo cultural, como independiente y productivo.

Los estereotipos sexistas cumplen con la función social de legitimar y perpetuar la posición de desigualdad de la mujer y, como consecuencia, el poco poder que detentan las mujeres en la sociedad. El análisis de género permite cuestionar la distribución desigual del poder político, social y económico entre los sexos.

Diversos estudios han mostrado que las mujeres enferman y mueren de manera diferente a los hombres, y que la situación social de la mujer está en estrecha correlación con su morbilidad y mortalidad. Se ha encontrado que el proceso por el cual el individuo se define como enfermo y decide actuar para la atención de sus síntomas, depende de qué tan comunes y aceptados son tales síntomas en un determinado grupo. En consecuencia, las expectativas sociales que se tienen de las mujeres están en estrecha relación con aquello que la misma mujer percibe, interioriza y define como enfermedad. Algunos estudios han demostrado que la forma en que la mujer concibe su salud está muy vinculada con aquello que le permite o no desempeñar sus funciones cotidianas. Otros estudios han señalado también que la misma formulación de informes estadísticos sobre la salud de las mujeres está influida por determinaciones de género.

La falta de información, educación y apoyos sociales para las mujeres tiende a hacer aún más vulnerable su situación de salud. La vinculación entre la condición de género y la salud es tan clara, que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud ha sugerido que lo importante para la salud de las mujeres no es tanto la educación en salud, sino la alfabetización y el

¹⁵ Karla González Franco y Roberto Tovar Gutiérrez, "Un análisis sobre la supuesta participación masculina en el trabajo doméstico", (tesis de licenciatura), pág. 8.

acceso a la educación en general

Por otra parte, en la mayoría de las sociedades las mujeres están sobrerrepresentadas en los estratos socioeconómicos bajos, donde es conocida la incidencia de menores niveles de educación y salud. Aunque la pobreza en algunos estratos sociales es sumamente severa tanto para mujeres como para hombres, los riesgos de pobreza son mucho mayores para las mujeres, dado que en cada uno de los estratos sociales éstas controlan menos recursos que los hombres.¹⁶

Tradicionalmente las mujeres tienen acceso y control limitados a recursos productivos, tales como la tenencia de tierras, el acceso a tecnología y oportunidades de capacitación. Al mismo tiempo la división sexual del trabajo hace que sus tareas sean muchas veces las más pesadas y peor remuneradas.

A estas circunstancias se añaden los efectos negativos que pueden tener la urbanización y el desarrollo industrial sobre la condición de la mujer. El aumento de la migración de las poblaciones rurales de América Latina y el Caribe hacia las zonas urbanas de sus propios países (desde mediados de la década de los cincuenta) ha saturado los servicios de salud, los cuales no están preparados para recibir la población adicional, lo que magnifica sus deficiencias.

El desarrollo industrial no siempre ha beneficiado a la mujer. Muchas veces se ven obligadas a competir con los hombres en el trabajo industrial. En general, las mujeres no están proporcionalmente representadas en los distintos tipos de trabajo, sino que tienden a concentrarse en los de menores ingresos.

No hay que olvidar el efecto negativo que produce la necesidad de desempeñar una doble jornada laboral, fuera y dentro del hogar. El exceso de trabajo, factor al cual generalmente se da poca importancia, afecta sin duda el bienestar y la salud de las mujeres. La fatiga, la tensión física y mental resultantes colocan a las mujeres en situaciones de mayor susceptibilidad.¹⁷

La condición de la mujer le ha dado la responsabilidad del trabajo doméstico, por ser considerado como una actividad fácil que no requiere de especialización. Aunque esta actividad no tiene valor remunerativo, sí es de vital importancia, pues a través de él se generan las condiciones apropiadas para la

¹⁶ L. Campero-Cuenca, "Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género", Salud Pública de México, vol. 38, México, 1996, pág. 219.

¹⁷ OPS y OMS, *op. cit.*, pág. 26.

sobrevivencia del ser humano

La actividad doméstica como trabajo invisible no tiene horarios determinados, sus tiempos dependen inicialmente de la composición familiar, número y edad de los hijos, del tamaño de la casa, del nivel de ingreso del esposo; entre otros elementos que permiten ver las diferencias existentes entre los distintos grupos sociales, en cuanto a la forma y al tiempo en que estos se realizan

En la clase social alta, el trabajo doméstico generalmente es realizado por empleadas, por lo que las dueñas de la casa utilizan pocas horas semanales en su realización. En la clase media, generalmente se le dejan algunas actividades a la empleada doméstica ¹⁸

En la clase social baja, al no contar con servicio doméstico, las amas de casa emplean la mayor parte del tiempo del día su vida en el trabajo doméstico, pues el ingreso familiar no le permite contratar a otra persona. Las mujeres ocupan 27.4 horas en el desempeño del trabajo doméstico. ¹⁹

En México, más de la mitad de las mujeres económicamente activas trabajan como servidoras domésticas. Por ello se puede considerar que en la historia del trabajo doméstico existen dos tipos de mujeres: patrona y trabajadora, caracterizándose por la marginación que sufre cada una de ellas en su contexto.

En nuestra sociedad, también existen "modalidades populares" del trabajo doméstico, pues siempre que existe una mujer más desfavorecida económicamente —sobrina, ahijada, cuñada, hermana, suegra, etcétera—, tendrá que trabajar en las labores de la casa para tener techo y comida. ²⁰

En México, se observan cambios en el desempeño de los papeles tradicionales que se han asignado a hombres y mujeres, ya que cada vez más las mujeres contribuyen al sostenimiento del hogar. Sin embargo, estas transformaciones no se observan en el terreno de los quehaceres domésticos, pues no hay una distribución equitativa del trabajo doméstico entre hombres y mujeres.

Aunque la evidencia empírica disponible apunta a que cada vez los hombres participan un poco más en los quehaceres domésticos, la colaboración masculina

¹⁸ Karla González Franco y Roberto Tovar Gutiérrez. *op. cit.*, pág. 25.

¹⁹ Instituto Nacional de Estadística. Geografía e Informática (INEGI) y Comisión Nacional de la Mujer (Conmujer). *Mujeres y Hombres de México*, pág. 162

²⁰ Karla González Franco y Roberto Tovar Gutiérrez. *op. cit.*, pág. 25.

se centra fundamentalmente en ayudar con ciertas tareas, puesto que estas no se asumen como responsabilidades que deben ser compartidas por hombres y mujeres.

El tiempo dedicado por los hombres a los quehaceres domésticos es poco menos que marginal, mientras que las mujeres, incluyendo las que realizan una actividad económica, tienen jornadas domésticas mucho más intensas.

En general, se observa que las mujeres dedicadas exclusivamente al trabajo de su hogar consagran más horas a la atención a su familia que los hombres a su jornada laboral. El hecho de que una mujer desempeñe una actividad económica, no la exime de su responsabilidad doméstica.²¹

En el campo de la educación formal las mujeres también están en situación de desventaja con respecto a los hombres. Su concurrencia a la escuela está condicionada por la creencia, especialmente en las zonas rurales, de que el verdadero lugar de la mujer es el hogar. Estudios llevados a cabo en varios países muestran una relación inversa entre el grado de educación de las madres y los niveles de mortalidad materna. Se ha observado, además, que cuantos más años fueron a la escuela las madres, menor es el número de hijos.

Todos estos factores son importantes porque perpetúan situaciones de desigualdad y discriminación, y porque influyen de manera más o menos directa sobre la mortalidad materna.²²

En general, puede afirmarse que al terminar el siglo XX, la equidad entre los géneros está lejos de alcanzarse y las mujeres siguen teniendo una participación desproporcionadamente limitada en la propiedad, en la política, en la toma de decisiones y en la educación. Siguen siendo víctimas de graves riesgos para su salud.

Sin embargo, en México se han logrado cambios importantes en la legislación y un grupo selecto de mujeres ha destacado en la esfera política y en el campo de las artes y la ciencia.²³

Un enfoque de salud reproductiva permite reconocer que la mortalidad

²¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (Unifem), *La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX*, pag. 57

²² OPS y OMS, *op cit.*, pág. 27

²³ Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam), *Perspectiva hacia el siglo XXI, la nueva cultura de la salud sexual*, texto y edición de Alonso López Juárez y Paola Lazo Corvera, pág. 18.

materna, principal indicador de la salud de las mujeres, representa sólo un aspecto de los problemas asociados al ejercicio de su sexualidad, las decisiones en torno a la reproducción y las condiciones y resultado de sus embarazos

Para que las mujeres puedan tomar decisiones libres sobre su sexualidad y reproducción, se requiere un contexto libre de coerción o violencia. Además de tener conciencia e información sobre la biología reproductiva y la posibilidad de impedir un embarazo, deben reconocer su derecho a la integridad física y psicológica, tener acceso a medios anticonceptivos y libertad de movimiento y acción.²⁴

La salud reproductiva es afectada por el medio económico, social, cultural y educacional en el cual las niñas nacen y se desarrollan hacia la adultez, se casan y toman decisiones respecto al ejercicio de su sexualidad y reproducción. La violencia de género, que representa la experiencia de vida de muchas mujeres, es un factor que influye de manera sustancial en el ejercicio de su sexualidad y sus patrones de embarazo. Gran parte de la discriminación cultural y social hacia la mujer se basa en la creencia de que el varón es superior a la mujer, y que su superioridad se garantiza de mejor manera si niegan a esta sus derechos reproductivos, libertades y elecciones. Según esta perspectiva, posiblemente la violencia es el factor que impide la consecución de la salud reproductiva

Relación entre sexualidad, violencia y reproducción. Una expresión importante de la desigualdad entre los géneros es la falta de autonomía femenina para tomar decisiones sobre su cuerpo y sexualidad. Para una gran cantidad de mujeres éstos son resguardados por las normas culturales vigiladas por varones específicos dentro de su entorno cotidiano.

El hecho de que la práctica sexual no conlleve un embarazo es aceptado por los hombres, pero no necesariamente por las mujeres, y una vez establecida la relación de pareja la sexualidad femenina está regida por el varón. Muchos hombres consideran que sus mujeres no deben usar anticonceptivos porque de hacerlo podrían engañar al marido sin ser descubiertas. Algunos de los medios para controlar la sexualidad de las mujeres incluye obligarlas a tener relaciones sexuales cuando los varones lo desean, controlar sus movimientos y relaciones, prohibirles la comunicación con otras personas, incluidos los familiares, o limitar

²⁴ Ivonne Szasz, citada por Irma Saucedo González, "La relación violencia-salud reproductiva: un nuevo campo de investigación", *Boletín Salud Reproductiva y Sociedad*, pág. 5.

su participación en servicios educativos o de salud

Las situaciones de pareja donde predomina la violencia doméstica impiden a las mujeres decidir sobre el número y espaciamento de los hijos. La decisión depende del hombre, teniendo como resultado embarazos no deseados y muchas veces riesgosos para su salud y la de sus hijos. En estas condiciones, muchas mujeres deciden interrumpir su embarazo en condiciones difíciles, ocultándolo a su pareja, lo que representa en estas circunstancias un grave problema para su integridad física y emocional

Efectos directos e indirectos de la violencia doméstica en la mortalidad materna. El maltrato y la violencia que sufren las mujeres en el espacio cotidiano ha sido objeto de investigaciones que permiten identificar las consecuencias de la violencia de género en la salud reproductiva.

El menor ejercicio de poder y acceso a recursos en la esfera familiar, así como el lugar secundario que asume la mujer frente al jefe de familia varón o frente a los hijos, lleva tanto a las niñas como a las mujeres adultas a situaciones de desventaja nutricional. Los problemas nutricionales se asocian frecuentemente con complicaciones de embarazo, parto y puerperio.

La violencia física y psicológica a mujeres embarazadas. Los golpes y el maltrato a las mujeres embarazadas tienen como resultado desde las amenazas de aborto hasta la interrupción del embarazo y niños con bajo peso al nacer. La violencia psicológica puede afectar el comportamiento de la mujer de tal manera que cree dependencia o no asista a la atención médica prenatal²⁵

Violencia laboral. Ésta se da en el contexto de la discriminación laboral y salarial que sufre la mujer. Dentro de esta categoría se distinguen fundamentalmente tres tipos de violencia. La primera se refiere a la discriminación contra las mujeres para el acceso a un trabajo y para el ascenso a cargos superiores o directivos. La segunda se asocia con la diferencia de salario entre hombres y mujeres en el desempeño de un mismo cargo. La tercera manifestación de violencia es el asedio sexual en el trabajo, es decir, el acoso que sufre la mujer por un superior jerárquico, lo cual afecta la obtención de un trabajo, la estabilidad en éste y las posibilidades de ascenso.

Violencia en el ámbito de los medios de comunicación. La violencia que se ejerce contra la mujer a través de los medios de comunicación social se

²⁵ Newberger (1992) y L. Mayer (1995), citados por Saucedo, *op. cit.*, pág. 7.

manifiesta en la pornografía, en la publicidad (prensa, radio o televisión), en el lenguaje utilizado para referirse a la mujer y en el concepto estereotipado de mujer que se transmite y se refuerza.

Violencia institucional. Se refiere a la violencia política, con su expresión en la represión y la tortura, y a la agresión relacionada con la violencia carcelaria contra las reclusas que se agudiza por su condición de mujeres.

En el ámbito institucional cabe incluir a su vez lo que comienza a llamarse violencia en la atención de la salud, que se refiere a la situación a que se ven expuestas las mujeres en la atención al parto, en la práctica de cesáreas innecesarias e inconsultas, en la esterilización inconsulta, en la planificación familiar obligada y también en el maltrato presente en la relación médico paciente. Por último, se debe incluir también dentro de esta categoría la violencia racial, que es la manifestación extrema de discriminación que sufren las mujeres negras, indígenas y otros grupos étnicos. Si esto afecta de manera similar a los hombres, en el caso de las mujeres se agudiza por su condición de género.

Violencia sexual. Este tipo de violencia cruza todos los ámbitos sociales, aunque tiene especificidades propias ligadas a la sexualidad. Se destacan, por ejemplo, la prostitución y las condiciones de vida que ésta implica, la violación, el tráfico de mujeres y el turismo sexual y, en ciertas culturas ajenas a nuestra región, las mutilaciones genitales y la venta de novias.²⁶

Embarazo y violencia. Según estadísticas de México, el maltrato frecuentemente empieza o empeora durante este periodo:

En México, Valdez y Sanín²⁷ señalan que las víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas. Asimismo indican que los productos nacidos de madres maltratadas pesan 560 gramos menos que los de mujeres no maltratadas.

Los efectos del maltrato durante el embarazo son tanto físicos como emocionales. La mujer violentada desarrolla un cuadro de estrés asociada con depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. Se ha demostrado que los factores de riesgo de homicidio son mayores en mujeres maltratadas durante el

²⁶ DIF/Unicef, *op. cit.*, pág. 239

²⁷ Valdez y Sanín, citados por Tere Venguer y otros, *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*, pág. 17.

infantil, es considerada un indicador del estado de salud de la población y el grado de desarrollo de cada región.³¹

La salud pública comprende las actividades organizadas de la comunidad para la promoción (fomento y defensa) y restauración de la salud de la población. La salud *materno infantil* es la parte de salud pública cuya población objeto la constituyen las madres y los niños.

El objetivo de la salud materno infantil es conseguir un estado de salud óptimo para las madres y los niños. Se trata de que los productos nazcan sanos, sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y de que, durante toda la edad infantil, los niños tengan un crecimiento y desarrollo aceptables.³²

La salud materno infantil representa uno de los principales ámbitos de acción de la salud pública en el momento actual y constituye uno de los programas prioritarios de la atención primaria a la salud. La reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil que se ha dado en los países desarrollados demuestra que buena parte de esta mortalidad se puede evitar.

A la fecha, la cobertura y calidad de la atención prenatal son indicadores de los servicios de salud, que se han venido estudiando cada vez más en vista de su influencia en el resultado del embarazo y en la mortalidad materna e infantil.

Sin embargo, en la literatura no se observa consenso sobre el número y contenido mínimo o ideal de consultas prenatales.

Han sido ampliamente documentados en el uso de servicios de atención prenatal la influencia de la edad, la escolaridad, el trabajo, el estrato social, el lugar de residencia, el estado civil, la derechohabencia a la seguridad social, etcétera.

La tendencia general para el estudio de la utilización de servicios ha sido la descripción de los patrones de uso y la identificación de los obstáculos tales como la disponibilidad y la accesibilidad geográfica, económica y organizacional. Las investigaciones que han abarcado y operacionalizado los componentes

³¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Comisión Nacional de la Mujer, *op. cit.*, pág. 70.

³² L. Salleras Sanmartí y L. I. Gómez López, *op. cit.*, pág. 1107.

psicosociales de este proceso en el campo de la atención prenatal son escasas.³³

Como sucede en otros países de Latinoamérica, México tiene un sistema de salud mixto con una variedad de proveedores públicos y de seguridad social, además de un amplio sector privado. El acceso a alguno de estos proveedores de atención es restringido a ciertos segmentos de la población, en tanto los recursos y la calidad varían de un servicio a otro.

México ha instaurado algunas reformas en su sistema de salud, diseñadas para incrementar la cobertura y ofrecer una distribución más equitativa de los recursos de salud. En 1978 ratificó la declaración de Alma-Ata y asumió el compromiso de proveer de servicios de atención primaria a toda la población para el año 2000. A partir de 1982, la protección a la salud es un derecho constitucional. Se busca que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud con equidad y calidad; para este propósito se cuenta con el Sistema Nacional de la Salud (SNS), el cual conjunta los servicios de salud públicos y privados.

Los servicios públicos se encuentran divididos en dos grandes categorías los que atienden a la población trabajadora que goza de un sistema de seguridad social (población derechohabiente) y los dirigidos a la población que no está protegida por este sistema (población abierta o no derechohabiente). La atención a los trabajadores del sector formal se ofrece mediante diferentes instituciones de seguridad social, las cuales cubren al trabajador y a su familia; como tales podemos mencionar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios de Sanidad Naval y Militar, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) y los servicios médicos de Petróleos Mexicanos.

Entre las instituciones que ofrecen servicios a población abierta se encuentran la Secretaría de Salud (SSA), el programa IMSS-Solidaridad, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia (DIF), los servicios médicos del gobierno del Distrito Federal, así como los servicios estatales.³⁴

³³ C. Infante-Castañeda, "Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes de ayuda", *Salud Pública de México*, pág. 420.

³⁴ José Gómez de León (coord.), *La demanda de servicios de salud en México. Un análisis econométrico*, pág. 32)

Martínez⁸⁵ realizó una investigación sobre la utilización adecuada de los servicios de salud para la atención prenatal. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, las mujeres embarazadas (beneficiarias o trabajadoras) tienen el derecho de recibir servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio. Aun cuando no se ha probado la efectividad de este patrón, en el IMSS se considera que la atención prenatal debería iniciar en el primer trimestre en todos los casos y que cada mujer debería acumular por lo menos siete consultas al final del embarazo.

Los factores que pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada la atención prenatal se pueden clasificar en dos: las características propias de la mujer embarazada y las de los servicios de salud. Entre las primeras se ha considerado el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, el ingreso, la edad, la ocupación, la paridad, la raza, el estado civil, el deseo de estar embarazada, el estrés y los problemas en el embarazo, la red de apoyo social, la falta de conocimiento sobre el estado del embarazo durante los primeros cuatro meses, el rango intergenésico, la motivación para demandar la atención, el estado de depresión, la disponibilidad de transporte, la disponibilidad de personas para que cuiden a sus hijos, el idioma y algunos factores culturales.

Las características de los servicios de salud que se han estudiado son la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de la atención otorgada, la actitud del personal que recibe a los pacientes en los establecimientos médicos, la satisfacción del personal no médico que labora en las instituciones y el esquema de financiamiento. En México no existen informes que analicen los factores que promueven o impiden la utilización adecuada de los servicios de atención prenatal.

Los objetivos de la investigación de Martínez fueron establecer la proporción de mujeres que utilizan adecuadamente los servicios de salud para la atención prenatal y medir la asociación de los factores socioeconómicos, culturales, demográficos y de los servicios de salud con la utilización adecuada de la atención prenatal en mujeres embarazadas, derechohabientes-usuarias de servicios de salud del IMSS en el Distrito Federal.

Se entrevistó a 394 mujeres de 12 a 49 años de edad que cursaban embarazo de 28 a 42 semanas. Se aplicó un cuestionario a la población estudiada,

⁸⁵ Lidia Martínez-González, Sandra Reyes-Frausto y María del Carmen García-Peña, "Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud Pública de México*, pág. 343.

que fue dividida en dos grupos: el de aquellas mujeres que habían utilizado la atención prenatal de manera adecuada y el de las que lo habían hecho de manera inadecuada. Se consideró utilización adecuada cuando la mujer inició la atención prenatal durante el primer trimestre de su embarazo y recibió nueve o más consultas, si tenía 36 o más semanas de gestación. Este número de consultas se ajustó por el número de semanas de gestación. Se consideró utilización inadecuada de la atención prenatal cuando la mujer inició la atención después del primer trimestre del embarazo o aun cuando habiendo iniciado en el primero no acumuló el número mínimo de consultas prenatales establecido para la semana de gestación en la que terminó el embarazo.

Los resultados obtenidos indican que 75% de las embarazadas inició su atención prenatal en el primer trimestre; de ellas, 23.8% acudió a nueve consultas o más (utilización adecuada). Los factores asociados a utilización adecuada fueron: unidad de medicina familiar (UMF) con sistema computarizado, conocimiento y conducta ante complicaciones del embarazo, paridad, atención prenatal en UMF por el mismo médico y ocupación de las mujeres.

Cabe mencionar que los resultados no pueden ser generalizados, puesto que la muestra fue seleccionada por conveniencia. Las mujeres en el área de estudio tienen un nivel de escolaridad e ingresos económicos superiores al promedio nacional, por lo que los resultados sólo pueden ser generalizados a poblaciones con características similares.

Como punto clave, se puede establecer que es más sencillo modificar la conducta si se tiene el conocimiento previo. Es decir, a mayor conocimiento del embarazo y sus complicaciones, mayor es la probabilidad de utilizar adecuadamente la atención prenatal; de manera que si se incrementa el conocimiento de las mujeres se podría mejorar la utilización de los servicios de salud.

Las mujeres con mayor nivel de escolaridad e ingreso familiar tenían mayor probabilidad de utilizar los servicios de manera adecuada.

Las mujeres que vivían con una a cuatro personas tuvieron mayor probabilidad que aquellas que vivían con más. Esta disminución podría estar asociada con un mayor apoyo en hogares de menos de cinco personas.

Las mujeres que cursan su primer embarazo tienen mayor probabilidad de asistir adecuadamente. Esto puede deberse a una mayor sensibilidad, a la

preocupación de presentar alguna complicación, a la ausencia de otros hijos que impidan el desplazamiento, o bien a los consejos de los familiares.

Un factor de la organización que debe promoverse es la atención por el mismo médico en cada consulta, pues las mujeres que son atendidas por la misma persona tienen mayor probabilidad de utilizar los servicios de manera adecuada.

En conclusión, se puede decir que la proporción de mujeres que utilizó adecuadamente la atención prenatal en el IMSS fue baja, a pesar de las acciones emprendidas en el ámbito local y promovidas como programas a nivel institucional. Los factores asociados con la utilización adecuada, modificables a través de la orientación, la educación, la organización y la calidad de la atención, deben ser considerados para lograr una mayor y mejor utilización.

Por su parte, Infante-Castañeda³⁶ reporta una investigación que llevó a cabo con el objetivo de identificar aquellos factores biológicos y psicológicos (necesidad de salud y cómo se percibe) que intervienen en el proceso social de búsqueda de ayuda informal y de atención médica.

El proceso de búsqueda de ayuda incluye los siguientes elementos: la necesidad de salud, su percepción, la red social y la consulta misma. Por red social se entiende al conjunto de contactos –formales o informales– con parientes, amigos, vecinos, etcétera, a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, y desarrollan nuevos contactos sociales. Ante la percepción de una molestia, el sujeto puede elegir diversas acciones alternativas: desde tomar remedios caseros, automedicarse, discutir su situación en otras personas, acudir a la medicina tradicional (las parteras se encuentran dentro de la medicina tradicional) o a un profesionista, o no tomar ninguna iniciativa. Estas acciones no son excluyentes y de hecho la toma de decisiones para su selección y secuencia se incluye dentro del estudio de la denominada carrera del enfermo.

Se aplicó un cuestionario a todas las mujeres que habían tenido un parto hace no más de seis meses, con producto vivo o muerto al momento de la entrevista, identificadas dentro de una muestra probabilística de 9,138 hogares en 11 comunidades del Estado de México.

Los factores personales que afectan los diversos patrones de búsqueda de ayuda fueron: la naturaleza de los síntomas, la percepción de su malestar y su

³⁶ C. Infante Castañeda, *op. cit.*, pág. 419.

gravedad, y la presencia de redes sociales de ayuda. Los síntomas por los que se puede sospechar riesgo en el embarazo producen una alta utilización (entre 75 y 100% de los casos). Los síntomas que significan molestias provocan una utilización médica y están asociados con su prevalencia. Los síntomas emocionales mostraron su utilización mínima de servicios prenatales (entre 18 y 27%). Las mujeres embarazadas que cuentan con redes sociales consultaron 3.3 veces más al médico cuando perciben un problema de salud.

Aun cuando la población de mujeres estudiadas presentó un patrón de alta cobertura de atención prenatal, dentro de él se identificaron diferentes patrones de búsqueda de atención médica. Estos últimos son producto de diferentes procesos de interacción entre el número y naturaleza de los síntomas, su prevalencia, la forma como se perciben, el grado de molestia que causan y el apoyo que se obtiene de la red social.

Los datos indican que, por un lado, el papel de las redes sociales en la demanda de servicios prenatales rebasa la mera función de referencia a la consulta médica. Por otro lado, la alta asociación encontrada entre la presencia de red social y la consulta al médico para todos los síntomas, parece estar señalando que aunque en esta investigación analíticamente se excluye al médico de la red social natural, en la realidad todos los actores de la red global se encuentran unidos. Quizá por ello, a mayor número de integrantes de la red, mayor es la probabilidad de que el médico también sea consultado.

Es claro en los resultados que la prevalencia, naturaleza y forma de percibir los síntomas que se presentan en las mujeres embarazadas activan en ellas diferentes patrones de búsqueda de ayuda. Los síntomas activan dos caminos de influencia en la búsqueda de ayuda. En el primero el número de molestias reportadas afecta la probabilidad de que la mujer identifique una molestia preocupante; este hecho puede estar afectado por factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos como podrían ser la forma de percibir, explicar y tolerar las molestias, así como la presencia misma de un mayor número de síntomas. En el segundo, la naturaleza de las molestias o síntomas presenta una alta potencialidad predictiva de la utilización de servicios de atención prenatal, hecho que corroboran los índices de percepción de gravedad e interferencia con la rutina. Es decir, las diferentes dimensiones de las molestias son factores asociados con los patrones de búsqueda de ayuda y éstos dependen del tipo de

síntoma, de su prevalencia, del tipo de malestar que producen y de la sospecha de que los síntomas son de riesgo. En este sentido, en esta investigación se encontró que las formas distintas en la percepción y expectativas según las características de las molestias. Al mismo tiempo, la ayuda que se obtiene de las redes sociales está asociada tanto con la naturaleza del síntoma como con la utilización de servicios. Adicionalmente, las características del proceso de búsqueda de ayuda de las mujeres embarazadas interactúan con las características de la atención prenatal, dando lugar a diferentes patrones de utilización de estos servicios.

No se puede hablar en general de un peso específico de cada variable en la búsqueda de atención prenatal. Por lo tanto, la explicación del proceso de autoselección de las mujeres que buscan atención no es generalizable. Esto conduce a comprender que para reducir las barreras hacia la atención prenatal no es suficiente intervenir aisladamente en aspectos particulares, sino que se requiere de un conjunto de intervenciones dentro de las cuales se considere el funcionamiento social básico de la mujer embarazada.

Es importante destacar que la tasa baja de mortalidad materna se da en países con un sistema de cobertura universal, con acceso igualitario de toda la población a los servicios de salud.

Uno de los factores importantes que pueden explicar las grandes diferencias entre las tasas de mortalidad materna está relacionado con la calidad, accesibilidad y grado de cobertura de los servicios prenatales y de atención del parto. Hay en general una correspondencia directa entre servicios adecuados de control prenatal y parto institucional con bajas tasas de mortalidad materna. Sin embargo, algunos países en desarrollo como Argentina, Panamá, Uruguay y Jamaica, que tienen alto porcentaje de parto institucional, exhiben tasas relativamente elevadas de mortalidad materna. Esto sugiere que todavía hay serias deficiencias en la calidad, cobertura y oportunidad de atención de los servicios de salud.

Estas situaciones indican la necesidad de una vigilancia sistemática y generalizada de la calidad de estos servicios para determinar cuáles son los factores más importantes para aumentar su eficacia y accesibilidad. Vista desde esta perspectiva, la mortalidad materna es un indicador importante de la accesibilidad, la cobertura y la calidad de atención de estos servicios.

Las cifras de mortalidad materna se tienen que considerar en el contexto de

la alta proporción de mujeres en edad fértil dentro de la población total

De continuar las tendencias actuales, este mayor número de partos esperados se reflejará en un aumento considerable de muertes maternas. Sin embargo, si se logra disminuir uniformemente los niveles de muertes maternas prevenibles hasta igualarlos con los que tienen en Chile, Cuba y Costa Rica, ese número disminuiría notablemente. El efecto que ese ahorro de vidas tendría sobre la estructura demográfica y el bienestar de la población es incalculable.

La medición de la mortalidad materna en los países en desarrollo, sin embargo, adolece de varios defectos que llevan a un marcado subregistro, el que se calcula puede llegar en algunos países en desarrollo a ser mayor de 70% de los casos.

Causas importantes de subregistro son la carencia de sistemas adecuados de estadísticas vitales, así como el hecho de que muchas muertes ocurren fuera del ámbito hospitalario, especialmente en zonas rurales alejadas de centros urbanos. También influye el hecho de que muchas de estas muertes son consecuencia de un aborto. Por estas razones, los datos sobre mortalidad materna que se obtienen son muchas veces incompletos y de dudosa legitimidad.³⁷

La educación para la salud ha sido impulsada -desde hace tiempo- como una estrategia para concientizar y responsabilizar al individuo de su propia salud, con el fin de tener actitudes y prácticas positivas para mantenerla, demandar atención oportuna para restaurarla y buscar la mejor rehabilitación posible.

En la actualidad se promueve -con carácter de prioridad- la atención primaria de la salud, en la que se incluye como un importante componente la educación para la salud, en la que los grupos materno e infantil, por sus características y trascendencia, toman relevancia en el contexto preventivo.

La etapa reproductiva de la pareja propicia la oportunidad de investigar el efecto asociado de una acción educativa, específicamente durante el embarazo, dado que su tiempo de evolución facilita analizar el impacto de las intervenciones.

El desarrollo que ha tenido el Instituto Nacional de Perinatología en las acciones educativas con la comunidad usuaria ha desembocado en la necesidad de valorar el impacto de un programa "formal" dirigido a embarazadas

³⁷ OPS y OMS, *op. cit.*, pág. 32.

Algunas aproximaciones en este sentido ya se han realizado mediante la investigación de conocimientos y habilidades pre y poscursos, en la adhesión de individuos enfermos al control médico o terapéutico, con el apoyo de sus familiares por un periodo prolongado, o en los resultados perinatales asociados a la intervención de acciones educativas.

En México, el Instituto Nacional de Perinatología desarrolla acciones educativas con la población usuaria de sus servicios, con la finalidad de promover conductas positivas hacia la reproducción. Uno de los problemas que con frecuencia se presenta durante el control prenatal es el abandono o deserción de los servicios que ofrecen las instituciones; esto motivó a los autores para llevar a cabo la investigación de la relación existente entre el programa educativo para embarazadas que imparte el instituto y la adherencia a la atención prenatal. El objetivo del estudio fue identificar la existencia de relaciones entre educación para la reproducción y la asistencia médica perinatal, bajo la hipótesis: las embarazadas usuarias del INPer que han participado en el programa educativo gestacional tienen mejor adherencia asistencial que las embarazadas que no han participado en él.

Se eligió a 215 pacientes que aceptaron participar en el programa educativo, que contiene temas sobre la evolución y culminación del embarazo, signos de alarma, preparación para la lactancia, nutrición, rango intergenérico y salud bucal. Otro grupo contemporáneo de igual tamaño, pero sin el antecedente del curso, sirvió como contraste; ambos contaban con pacientes catalogadas en los tres tipos de riesgo perinatal aceptados por el instituto.

La fuente de información para ambos grupos fue el expediente clínico. El análisis de los datos acerca de las 25 variables incluidas se realizó en tres niveles: descriptivo, exploratorio y confirmatorio.

Los resultados sobresalientes fueron: menor número de consultas prenatales, de estudios de gabinete y menor deserción de control prenatal en el grupo con el antecedente de programa educativo, mostró también una edad gestacional y peso del recién nacido mayores que el otro grupo.

Para entender mejor a las mujeres y a los hombres, los proveedores de salud deben considerar formas de hacer que los programas sean más sensibles a las diferencias de género, es decir, considerar la forma en que las funciones establecidas por la sociedad influyen en los hombres y en las mujeres de forma

distinta en cuanto a las necesidades de salud, el acceso a la información y el acceso a los servicios.³⁸

Comprender las cuestiones de género puede hacer que mejoren los servicios, pues como se mencionó en el punto anterior, las creencias y las prácticas relativas al género definen las funciones, oportunidades y limitaciones de los hombres y las mujeres e influyen considerablemente en la vida en todas las sociedades. Entre los aspectos de la vida diaria que el género configura se encuentra la salud de cada persona.

La experiencia práctica en cuestiones de género en los servicios de salud reproductiva ha llevado a varias observaciones básicas, que permiten tener una percepción muy útil para comprender las formas en que se puede mejorar los servicios y las políticas.

- Las mujeres y los hombres experimentan la sexualidad y la salud reproductiva de distinta forma, según el grupo cultural y social al que pertenecen y según su identidad sexual. Los proveedores pueden mejorar la atención que prestan respondiendo a esas identidades y percepciones diferentes.
- Los servicios de salud reproductiva que amplían su alcance para que se incluya la salud reproductiva de los hombres, las relaciones de los hombres y las mujeres, las relaciones de las mujeres con los demás personas tienden a ser más provechosos que los que se centran exclusivamente en las mujeres.
- La religión, la educación, la política, las condiciones económicas y el medio influyen en la salud reproductiva de los hombres y las mujeres.

Una perspectiva que tenga en cuenta las diferencias de género permite a los proveedores ampliar su enfoque para no centrarse exclusivamente en las mujeres y para ver la salud reproductiva como salud familiar y como una cuestión social. Aborda la dinámica entre los proveedores y los clientes, entre los líderes comunitarios o políticos y los ciudadanos en cuanto a conocimiento, poder y toma de decisiones en las relaciones de tipo sexual.

Las investigaciones realizadas en todo el mundo revelan que trabajar solamente con las mujeres para mejorar la salud reproductiva no da resultados satisfactorios. Con frecuencia, las relaciones de las mujeres con el esposo, la suegra, las autoridades religiosas u otras personas les impide obtener o aplicar

³⁸ Eduardo Ortigoza Corona, *Programa de salud sexual y reproductiva del adolescente*, pág. 111

conocimientos, u obtener métodos anticonceptivos que las protejan contra el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual

La perspectiva que tenga en cuenta las diferencias de género debe ir más allá de los servicios de salud para promover mejoras sostenibles en la salud reproductiva. Esta perspectiva puede utilizarse para analizar y promover cambios beneficiosos en una variedad de entornos sociales, políticos y educacionales, que conduzcan a prácticas más inclusivas y equitativas en las comunidades, organizaciones e instituciones.³⁹

Ahora bien, con el fin de cuidar el tipo de servicio prestado a la población, se han establecido manuales de normas y comités éticos que rigen y vigilan la prestación de servicios. Sin embargo, surge un conflicto cuando existe alguna prioridad o motivación que pueda ser más relevante para el prestador de servicios que la misma norma.⁴⁰

No es fácil medir los niveles de conocimiento, habilidad y actitud del personal de salud en el desempeño o rendimiento de su labor y, por consiguiente, el nivel de calidad de atención que ofrece. La medición de estos niveles, aun bajo las condiciones más favorables, presenta desafíos para el supervisor.⁴¹

En un estudio realizado en México, se encontró que no había consistencia en la calidad con la que el mismo médico atendía a diez pacientes diferentes, pudiéndose encontrar desde un desempeño excelente para un paciente hasta uno pésimo con otro. Esto en cierta medida puede ser atribuido a la escasa conexión que existe entre desempeño y remuneración. En un mismo centro de salud pueden dar consulta lado a lado dos médicos que reciben la misma remuneración, pero tienen cargas de trabajo diferentes. El mal desempeño es reforzado indirectamente por la baja demanda que obtiene durante su periodo laboral, mientras que el buen desempeño es castigado con una excesiva carga de trabajo. Dadas estas condiciones no es de extrañar que al paso del tiempo el segundo médico deteriore su ejecución a fin de desalentar la demanda excesiva

³⁹ Susan Paulson, "Comprender las cuestiones de género puede hacer que mejoren los servicios", *Network en Español*, pág. 33.

⁴⁰ J. G. Figueroa Perea, "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicio", *Salud Pública de México*, pág. 595.

⁴¹ Roberto Hernández Sampieri, P. Baptista Lucio y C. Fernández Collado, *Metodología de la investigación*, pág. 14.

de sus servicios.⁴²

Otro factor que se relaciona con carga de trabajo es la migración de las zonas rurales a las urbanas, puesto que los servicios se saturan con la población no esperada. Consecuencia de esto puede ser la atención de baja calidad.

Es importante mencionar la tolerancia e intolerancia del personal (trabajadoras sociales, enfermeras, médicos, etcétera) hacia la paciente; pues a menudo la prepotencia de éstos provoca en las usuarias renuncia o apatía hacia las instituciones. En contraste, muchas enfermeras transmiten confianza desde la primera consulta, y algunos médicos no olvidan la relación humana con su paciente. A decir verdad, se trata del menor número de los casos, pues es más común escuchar sobre la prepotencia o falta de ética del personal de los servicios de salud.

La médica Lizbeth Matías del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS menciona que las enfermeras saben más de cuestiones de salud que la población en general y a menudo abusan y tratan con autoritarismo al paciente, pues son ellas quienes están en contacto directo con él, muchas veces más que el propio médico. En las zonas urbanas esto puede ser debido a la carga de pacientes que tiene éste. Por tal motivo, es la enfermera quien recibe a las embarazadas, les toma la presión, etcétera. En las comunidades la enfermera debe captar a las embarazadas y llevar un control de su asistencia al centro de salud o clínica, o bien, darles asesoría y servicio de planificación familiar después del parto.

La relación entre el paciente y el profesional sanitario es uno de los temas de estudio relevantes en la psicología social de la salud.⁴³

Las relaciones entre médicos y enfermos se han vuelto menos íntimas y satisfactorias en términos de las expectativas y necesidades emocionales de unos y otros. Los pacientes dudan del interés que por ellos sienten los médicos; a muchos de éstos les falta entusiasmo y se limitan a cumplir, y muchos enfermos no siguen con fidelidad las indicaciones de los médicos o abandonan los tratamientos.

Se ha dicho que el núcleo del problema es que la medicina está perdiendo su sentido humano, que a los médicos les falta vocación y compasión. Un hecho de mayor importancia es que la tecnificación y la burocratización de la medicina

⁴² L. I. Durán G., "Eficiencia en la prestación de los servicios de salud", *Salud Pública de México*, pág. 58

⁴³ DiMatteo, 1979, Morales, 1985, citados por José Luis Álvaro y Alicia Garrido y J. R. Torregrasa, *Psicología social aplicada*, pág. 367)

han interpuesto entre el médico y el paciente demasiados aparatos y muchos trámites

Tradicionalmente la iniciación y el mantenimiento de la relación terapéutica dependía de la voluntad del paciente, quien solicitaba al médico sus servicios y podía también prescindir de ellos; el tratamiento se originaba en el paciente y se mantenía por su voluntad. El médico tenía también, dentro de ciertos límites, la posibilidad de escoger a sus enfermos. Esto provoca en algunos pacientes la inasistencia a sus consultas.

En primer término, es necesario que el médico adquiera conciencia del impacto de sus actitudes, palabras y silencios en sus pacientes. Es posible identificar un modelo técnico y uno humanístico de la relación médico paciente. En el modelo técnico, el médico aborda al enfermo como un objeto al que hay que examinar y manipular. Su relación es impersonal, porque al médico no le atañe investigar su experiencia íntima. Su interés se circunscribe al problema técnico científico. En el modelo humanístico, el enfermo es visto como una persona. El médico está interesado en la subjetividad del enfermo, y su relación con él tiene un componente afectivo importante. Algunos médicos piensan que todo lo que necesitan para el buen ejercicio de su profesión es apearse al modelo técnico y que el modelo humanista no es sólo accesorio, sino estorbo.

El tipo de relación médico paciente más conveniente es aquella en que el médico actúa como un guía experimentado, pero toma muy en cuenta los deseos y las opiniones del paciente. La dificultad en la comunicación se agrava si el médico tiene la deplorable costumbre de no permitir a sus pacientes expresarse libremente y rehúsa tomar en cuenta que existen conceptos de enfermedad diferentes a los de la medicina científica. Por lo tanto, es necesario que el clínico esté dispuesto a explorar el marco de referencia de sus pacientes y a manejar con respeto sus creencias y suposiciones.

La autoridad es uno de los recursos más poderosos con que cuenta el médico, pero es necesario distinguir entre la autoridad racional, que se apoya en el conocimiento, la experiencia y la responsabilidad de quien la ejerce y que por lo tanto es auténtica, y otras formas de autoridad que expresan irracionalidad, arbitrariedad y despotismo.

Otro factor de la relación es la cercanía o el alejamiento psicológicos. Hay una distancia que es óptima para la comunicación. Cuando el médico tiene prisa,

se aburre o se disgusta, el enfermo se retrae en sí mismo y se aleja.

El autoritarismo es una tendencia del carácter que se manifiesta por una necesidad excesiva de ejercer poder sobre los demás. Cuando es una inclinación poderosa en el médico, lo hace insensible a los derechos de sus enfermos.

Hay médicos poseídos por un sentimiento de omnipotencia, que se perciben a sí mismos como capaces de curar a todas las personas que acuden en su busca, actúan como si tuvieran siempre la respuesta más acertada y sus pacientes piensan que es un buen negocio para poner en sus manos su destino y su felicidad.

El médico puede alentar en su paciente una actitud positiva o bien, con o sin advertencia de ello, estimular sus temores y sentimientos de incapacidad. En cambio, una persona puede recuperar la calma por el simple hecho de que el médico le practique un examen cuidadoso. La realidad es que muchos médicos no advierten el efecto destructivo de sus palabras y sus acciones, porque las víctimas los abandonan y consultan a otros médicos.⁴⁴

En el Programa para la prevención y atención integral del embarazo en adolescentes, se menciona que la Red por la Salud de las Mujeres del DIF elaboró una cartilla sobre calidad en la atención de los servicios de salud en México: “De que se puede, se puede” (mayo, 1996); en la cual proporcionan varios elementos claves para que las mujeres conozcan los derechos que tienen cuanto a atención de la salud se refiere:⁴⁵

No existe calidad en la atención de los servicios de salud, cuando

En la consulta médica:

- Retardan la consulta médica sin justificación alguna.
- Recetan sin revisar al paciente y sin verlo a la cara.
- Recetan medicamentos sin explicar para qué se tomarán, no explican las molestias y efectos al usarlos, ni preguntar si se comprendió la indicación.
- Descalificar lo que piensas, “no te dejen ni preguntar”.
- Dar por perdidos los resultados de exámenes de laboratorio, confundir radiografías o expediente clínico.
- Rechazar al paciente o no querer atenderlo a causa de su apariencia física,

⁴⁴ R. de la Fuente, *Psicología médica*, pág. 177

⁴⁵ DIF/ Unicef, *op. cit.*, pág. 286.

preferencia sexual o por tener determinadas enfermedades, por ejemplo, SIDA.

En las urgencias e intervenciones quirúrgicas

- No se explica en términos sencillos y accesibles lo que se hará, los riesgos y posibilidades de éxito o fracaso
- No proporcionen información sobre el estado de salud del paciente o de sus familiares
- No informen de los resultados de la operación.
- Hacen una cosa por otra y no lo informan.
- Regañen o nieguen la atención médica urgente en caso de que la paciente tenga un aborto en proceso, incompleto o con complicaciones.
- Compliquen la enfermedad por descuidos y negligencias durante la operación.
- No tienen sensibilidad ante el dolor y el sufrimiento humanos.

En los servicios de planificación

Sin tu autorización previa o con presión o engaño:

- Implantan un dispositivo intrauterino (DIU).
- Ponen anticonceptivo subcutáneo (Norplant).
- Inyectan hormonas.
- Esterilizan (ligadura, salpingoclasia).

En la atención del parto o puerperio:

- Sin que examinen a la paciente, durante el trabajo de parto, piden que regrese a su casa.
- Receten sin revisar y sin ver a la cara nieguen la atención porque no hay camas, doctores o medicamentos, etcétera.
- Maltratan verbal o físicamente por la forma en que enfrentas el trabajo de parto.
- Nieguen información sobre el recién nacido.
- Ejercen presión sobre la paciente para que amamante.

En la atención médica el paciente no debe permitir que médicos, enfermeras o auxiliares presionen, enjuicien, regañen, descalifiquen, callen, ordenen, retarden, limiten, humillen, apresuren, ridiculicen, insulten, amenacen, condicionen, maltraten o infantilicen.⁴⁶

Langer (1995)⁴⁷ menciona que ofrecer atención de calidad es una obligación de quienes deciden dedicarse a atender la salud de la población y recibirla es un derecho esencial de los que acuden a estos servicios. De lo anterior se desprende que sólo si se ofrece atención de buena calidad se logrará que las mujeres acudan oportunamente a buscar ayuda, sigan las instrucciones que reciben, regresen a los servicios cuando sea necesario y exhorten a otras mujeres de la familia y la comunidad para que acudan a ellos para ser atendidas.

Una buena atención de calidad incluye los siguientes elementos:

- Adecuado intercambio de información: este debe existir entre el usuario y el proveedor de servicios de salud.
- Selección de la mejor opción para cada mujer: seleccionar el tratamiento adecuado con base en las necesidades y características de cada caso (biológicas, psicológicas, sociales).
- Trato adecuado por el equipo de salud: los proveedores tienen la obligación de ofrecer trato con respeto y amabilidad, lapsos razonables de espera, costos accesibles para la población, tiempo suficiente para cada paciente, entre otros.
- Condiciones adecuadas: las instalaciones deben estar en condiciones satisfactorias de higiene, temperatura, luz, privacidad y contar con los insumos necesarios (tecnología, medicamentos, etcétera). El proveedor debe contar con la necesaria capacidad técnica.
- Mecanismos para evitar la pérdida: los servicios de salud deben hacer todos los esfuerzos a su alcance para asegurar que la mayoría de sus usuarios no interrumpan su asistencia y para que cumplan con las indicaciones. Para ello se pueden realizar visitas de seguimiento en el domicilio, al uso de medios de comunicación masiva, a la entrega e recordatorios, a citas adaptadas a las

⁴⁶ *Ibid.*, pág. 247.

⁴⁷ Ana Langer, *op. cit.*, pág. 8.

posibilidades de cada paciente.

- Constelación de servicios los servicios de salud dedicados a una misión específica (planificación familiar, atención prenatal, atención pediátrica) deben aprovechar la oportunidad de tener a la madre y al niño con ellos para ofrecer servicios relacionados.

* CAPÍTULO 2

CONTROL PRENATAL

Nueve meses te llevé conmigo
y creciste seguro y protegido
ahora aprendes a ser un nuevo ser
no hay nada en la vida
que no te sorprenda.

Jorge Díaz⁴⁸

2.1. Control prenatal

Aunque el embarazo es un proceso natural y normal, en la mayoría de los casos el mejor camino para asegurar que así sea es la visita al médico temprana y regularmente para recibir el control prenatal. Éste consiste en la atención a la mujer embarazada y su bebé, para detectar y corregir alteraciones de salud, además de aclarar dudas o inquietudes.⁴⁹

El control prenatal pretende fundamentalmente prevenir las complicaciones en el embarazo y evitar las muertes maternas (a mejor control prenatal, menor morbimortalidad materna).

Es conveniente indicar que el control prenatal se conoce también como vigilancia prenatal, cuidado prenatal o consulta prenatal.

Los cuidados prenatales que se conocen en la actualidad son un desarrollo relativamente reciente de la medicina. Se originaron en Boston durante la primera década del siglo XX. Antes de esa época, la paciente que creía estar embarazada consultaba a su médico para que confirmara sus sospechas; pero no acudía nuevamente a él sino hasta que el parto era inminente. Las enfermeras de la Asociación de Enfermería Instructiva (Instructive Nursing Association) de Boston consideraron que podrían contribuir al bienestar de las embarazadas y comenzaron a efectuar visitas domiciliarias a todas las madres registradas para dar a luz en el Boston Lyng-In Hospital. Las visitas tuvieron tanto éxito que los

⁴⁸ "Así te quiero", Jorge Díaz

⁴⁹ Instituto Nacional de Perinatología (INPer), *Cuidados para el embarazo, parto y bebé*, pág. 43.

médicos fueron aceptando gradualmente el principio en que se basaban y empezó a establecerse el sistema actual de atención prenatal en EUA, el cual pone énfasis en la prevención.⁵⁰

Mondragón⁵¹ menciona que el control prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada, con objeto de apreciar oportunamente los factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido, de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno.

Para Faundes,⁵² el control prenatal es la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada con objeto de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y perinatales, detectar y tratar patologías concomitantes y prepararla física y psíquicamente, para el parto y cuidado de su hijo.

La asistencia prenatal debe tener como objetivo principal la identificación y tratamiento especial de la paciente de alto riesgo —aquella cuyo embarazo pueda tener un desenlace insatisfactorio a causa de algún factor en sus antecedentes médicos o de desarrollo importante durante el embarazo.

La finalidad de la atención prenatal consiste en garantizar, en todo lo posible, un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante sano. Hay evidencia de que las madres y los hijos que reciben cuidados prenatales corren menor riesgo de complicaciones.⁵³

De acuerdo con Faundes⁵⁴ el control prenatal es parte fundamental del programa de atención materno-perinatal. Debe tratar de lograr el máximo de cobertura, iniciarse precozmente, ofrecer un número de controles suficientes y estar organizado con base en niveles de atención centralizados, en relación con los recursos disponibles, con el objeto de concertar los mejores recursos en la población de mayor riesgo. Otro objetivo del control, como parte de un programa materno-perinatal, es obtener la menor tasa de morbilidad materna y

⁵⁰ Martin L. Pernoll y Cathy Mih, "Embarazo normal y cuidados prenatales", en Alan H. Dechery y Martin L. Pernoll, *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*, pág. 227.

⁵¹ Héctor Mondragón Castro, *Obstetricia básica ilustrada*, pág. 120.

⁵² A. Faundes, "Control prenatal", en Alfredo Pérez Sánchez y Enrique Donosa Siña, *Obstetricia*.

⁵³ Pernoll y Mih, *op. cit.*, pág. 228)

⁵⁴ A. Faundes, *op. cit.*, pág. 156.

perinatal en la población atendida

La importancia del control prenatal en la asistencia obstétrica es que el objetivo de esta última es permitir que la mujer cumpla con su función reproductiva con éxito; esto es, que el embarazo resulte en un recién nacido sano, de término, de peso adecuado y sin secuelas, y en una madre también sin patología ni secuelas de ningún tipo. Para cumplir ese objetivo y para lograr la máxima aproximación a una situación ideal de ausencia total de patología materna y perinatal, es necesario un control adecuado del embarazo, de inicio precoz, y que cumpla determinadas rutinas mínimas, diferenciadas de acuerdo con las características de cada gestante.

El control prenatal contribuye a la salud de la embarazada y de su hijo por medio de dos mecanismos básicos: a) proceso de información/educación sobre higiene del embarazo, corrección de hábitos de influencia negativa; preparación psicológica para el parto, maternidad y lactancia, nutrición para el embarazo, b) a través de la verificación periódica de la evolución normal del embarazo y de la adopción de medidas inmediatas cuando se detecta cualquier desviación de esa normalidad.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La distribución de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Un control eficiente debe cumplir cuatro requisitos básicos:

Precoz. Tratando de que sea en el primer trimestre de la gestación, permitiendo así la ejecución oportuna de las acciones como el fomento, protección y recuperación de la salud, que constituye la razón fundamental del control. Además hace factible la identificación del embarazo de alto riesgo.

Periódico. Deberá realizarse por lo menos una vez al mes, considerando como mínimo cinco visitas, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar

eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que deba recibir.

Completo. Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

De amplia cobertura. Sólo en la medida que el porcentaje de la población controlada (embarazadas) sea cada vez mayor, se podrán disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.⁵⁵

Diversos autores describen en qué consiste el control prenatal, y para efecto de esta investigación se consideró importante citar a Pernoll, Sharon y Leonide. El segundo de ellos toma en cuenta el trabajo de las enfermeras, que pueden ser determinantes para la asistencia de las mujeres al control prenatal.

De acuerdo con Pernoll,⁵⁶ el modelo sería el siguiente:

CONSULTA INICIAL

La finalidad de la primera consulta con el médico consiste en identificar todos los factores de riesgo que corren la madre y el feto. El diagnóstico de embarazo se efectúa con base en los signos y síntomas físicos y los resultados de las pruebas de laboratorio.

Historia de embarazo

Embarazo actual

La entrevista debe iniciarse con una descripción completa de los síntomas. Se ofrecerá a la paciente el tiempo suficiente para que exprese lo que significa para ella tener un hijo y lo que considera es la paternidad, con objeto de discutir el objeto del embarazo en su vida

Embarazos previos

Los acontecimientos de los embarazos previos (independientemente de los resultados) brindan indicios importantes sobre los problemas potenciales en el actual. Para ello se requiere la siguiente información: duración de la gestación, peso al nacer, características del feto, duración del trabajo de parto, presentación fetal y tipo de parto y complicaciones (prenatales, durante el trabajo de parto y

⁵⁵ Eduardo Ortigoza Corona, *op. cit.*, pág. 204.

⁵⁶ Pernoll, *op. cit.*, pág. 228.

después del parto).

Historia médica

El embarazo exacerba muchos trastornos médicos. Los de índole cardiovascular, gastrointestinal y endocrino requieren valoración cuidadosa y consejo en cuanto a los posibles efectos dañinos sobre la madre. La historia prenatal debe incluir aspectos sociales importantes, tales como número de parejas sexuales, historia de enfermedades transmitidas sexualmente y el posible contacto con usuarios de drogas intravenosas. Las pruebas para detectar VIH se han tornado obligatorias en algunas clínicas, debe considerarse su aplicación en los individuos con prácticas de alto riesgo.

Historia quirúrgica

Son de importancia especial los antecedentes de operaciones ginecológicas.

Historia familiar

Los antecedentes familiares de diabetes sacarina deben prevenir al médico de este trastorno, así como los trastornos familiares y los antecedentes de embarazos gemelares.

Examen físico

Examen general

Se efectúa examen físico a cada una de las pacientes. En las mujeres sanas jóvenes puede tratarse de su primer examen completo.

Examen pélvico

Tiene importancia especial para el obstetra.

Pruebas de laboratorio

Deben efectuarse en cuanto sea posible en el embarazo y repetirse por lo menos una vez.

Muestreo sanguíneo.

Pruebas genéticas.

Pruebas de orina.

Frotis de papanicolaou.

Estreptococo del grupo B

Coprocultivo.

Prueba cutánea de tuberculina.

CONSULTAS SUBSECUENTES

El programa ordinario de consultas prenatales consiste en una visita cada cuatro semanas entre la primera consulta y la semana 32; en cada dos semanas entre las semanas 32 y 36, y en cada semana entre la semana 36 y el parto. En cada consulta se deben registrar aumento de peso, presión arterial, altura del fondo uterino y datos de exploración abdominal mediante las maniobras de Leopod. Además debe documentarse el latido cardiaco fetal y debe examinarse la glucosa y proteínas en la orina. Estos datos se revisarán y compararán con los exámenes previos.

De acuerdo con T. R. Sharon y M. Leonide,⁵⁷ la consulta consiste en:

VISITA PRENATAL INICIAL

Cuando la mujer piensa que está embarazada pide una cita con el médico o a la clínica. La visita que confirme esta situación puede combinarse con el trabajo de investigación prenatal, o este puede hacerse en dos visitas, según la rutina que se siga en el consultorio o la clínica. La investigación prenatal consiste en una historia completa, examen físico y de laboratorio. La mayor parte de las clínicas emplean formas prenatales para resumir los datos y que sirven como expediente para apuntar los resultados de las visitas posteriores en el curso del embarazo. Con frecuencia la enfermera es la responsable de conformar la historia, obtiene las muestras, participa en el examen físico o lo lleva a cabo y da educación y orientación a la paciente con respecto a los servicios que la clínica ofrece.

El contacto inicial es de suma importancia. Si la enfermera saluda a la paciente de manera agradable y profesional, iniciará una relación productiva, ya que la futura mamá percibirá que se interesa y se preocupa por ella.

Diagnóstico del embarazo y estimación de la fecha de parto. Es importante porque permite que la enfermera y el médico valoren el progreso de la gestación

⁵⁷ J. Reeder Sharon, L. Martín Leonide y Deborah Koniak, *Enfermería materno infantil*, pág. 399.

y evalúen el embarazo a término con más facilidad.

Valoración de enfermería Ésta comienza con la visita inicial para confirmar el embarazo y continúa durante todo el periodo prenatal, en cada contacto con la embarazada y su familia. Con frecuencia la enfermera es responsable de efectuar gran parte de la valoración prenatal. En la entrevista inicial puede establecer una relación de confianza, respeto y seguridad, que facilitará el suministro de cuidados durante el embarazo.

Historia clínica

Se investigan los antecedentes familiares con particular atención a cualquier afección que pueda influir en la reproducción, como las enfermedades hereditarias, tuberculosis o embarazos múltiples. A continuación se interroga sobre los antecedentes patológicos personales de la paciente, no sólo en cuanto a enfermedades previas, sino en relación a cualquier dificultad en embarazos y trabajos de parto previos, como aborto, trabajo de parto prolongado, muerte del niño, hemorragia y otras complicaciones.

Se investiga la historia del embarazo actual, si presenta náusea, edema de pies o cara, dolor de cabeza, perturbaciones sexuales, hemorragia vaginal, estreñimiento, disnea, insomnio, calambres, pirosis, dolor en la parte inferior del abdomen, descarga vaginal y varices.

Si la enfermera dispone de tiempo puede obtener más información durante la visita inicial con fines de valoración, tanto de enfermería como de médicos. Generalmente se incluyen los siguientes temas:

1. Características sociales y personales de la paciente: edad, estado matrimonial, ocupación, origen étnico, religión, estatura, peso, número de hijos.
2. Resumen de información del esposo (padre del futuro niño): nombre, dirección, edad, estatura, peso, origen étnico.
3. Características que influyen en el curso del embarazo: probable fecha de parto, fecha del último periodo menstrual, tipo de sangre y Rh, condiciones médicas y hospitalización si fuese necesario, medicamentos que consume actualmente, patrones intestinales, patrones normales de sueño, hábitos dietéticos, uso de sustancias (tabaco, alcohol, farmacodependencia y drogadicción).

4. Actitudes hacia el embarazo:

¿Se planeó este embarazo?

¿Cuáles son los objetivos de la paciente y sus valores tocante a su embarazo y otros temas concernientes?

¿Considera el embarazo de manera positiva o como una interferencia en su vida?

¿Qué conocimientos tiene acerca de la salud en general y del embarazo y parto?

¿Tiene alguna experiencia previa con respecto al embarazo y parto?

¿Qué expectativas y preocupaciones tiene respecto a este embarazo, al parto y al cuidado de su futuro hijo?

¿Está dispuesta a prepararse en las áreas que requieren atención o no muestra interés.

5. Recursos:

¿Cuál es su coeficiente de inteligencia o escolaridad?

¿Tiene estabilidad económica?

¿Hay integración familiar?

¿Cuenta con apoyo familiar?

¿Tiene suficientes amigos de los cuales pueda obtener apoyo emocional en caso necesario?

6. Cursos e incursión preparatoria para el parto: cursos prenatales y asistencia a películas, instrucción y asesoría individual y de grupo.

Examen físico

Suele efectuarse un examen físico completo para establecer una base de datos respecto al estado general de la salud de la mujer y para evaluar el embarazo. Se toman los signos vitales, que incluyen temperatura, presión arterial, pulso, respiración, estatura y peso.

Con frecuencia las mujeres dudan en discutir algunos temas con el médico porque los consideran triviales, pero tal vez se sientan cómodas al hablarlo con la enfermera, quien lo reporta al médico si se trata de un problema de importancia. El examen inicial es muy completo, por lo que se desviste y se pone una bata que se abra con facilidad. Es conveniente tapanla con una sábana pequeña para evitar exposición innecesaria.

Durante el examen físico se dedica especial atención a dientes y garganta, glándula tiroides y ganglios linfáticos.

Examen pélvico Este examen proporciona datos para confirmar el embarazo y determinar la etapa de gestación, las características pélvicas y cualquier anomalía que pueda originar complicaciones durante el embarazo. El examen vaginal o pélvico requiere particular atención porque suele ser el que produce mayor tensión a la paciente. La enfermera puede ayudar a la paciente a relajarse si le indica que respire de modo natural.

Papanicolaou. Éste se obtiene durante el examen con espéculo.

Pruebas de laboratorio. Desde el principio del embarazo se efectúan pruebas de laboratorio para obtener datos fisiológicos en esta etapa e identificar riesgos o problemas.

Diagnóstico de enfermería. Los datos de la historia clínica del embarazo y el examen físico se emplean para formular diagnósticos de enfermería. Cada mujer y su familia responden al embarazo de manera distinta; esto junto con su estado de salud y su respuesta fisiológica determinan en gran parte los diagnósticos e intervenciones de enfermería. De manera probable el diagnóstico más común es la deficiencia de conocimientos, en relación con los cambios emocionales y fisiológicos del embarazo; estos acontecimientos son de esperarse durante los cuidados prenatales, y el cuidado así como los ajustes familiares.

Tras la visita inicial, se debe dar asesoría y educación en respuesta al conocimiento deficiente de acuerdo a las necesidades inmediatas y a corto plazo.

VISITAS SUBSECUENTES

Se prolongan visitas regulares a lo largo del embarazo para vigilar de manera continua el estado de la madre y el feto, instituir tratamientos, efectuar las pruebas diagnósticas necesarias para ofrecer la oportunidad de que la paciente reciba apoyo y educación. El programa normal de visitas del primero al sexto mes es una vez al mes, cada dos semanas durante el séptimo y octavo mes y cada semana durante el noveno mes hasta el momento del parto.

En cada visita se pregunta a la paciente y a sus familiares cómo se siente, sus preocupaciones y sus síntomas. Los nuevos signos o factores físicos, como aumento excesivo de peso o glucosuria, se investigan mediante preguntas; así como algún otro tipo de signos y síntomas, los que pueden incluir edema de

dedos o cara, hemorragia, estreñimiento y dolor de cabeza. Durante estas visitas se permite que la mujer formule preguntas para aclararle cualquier duda que le preocupe.

Se determina el peso, la presión arterial, la altura del fondo y la frecuencia cardiaca fetal en cada visita de seguimiento. Se registra el peso en una gráfica o diagrama de flujo y se anota y explora cualquier desviación. Se examinan los brazos y piernas para detectar edema o varices. Otros aspectos del examen físico se llevan a cabo según los síntomas que se observen.

En general no se efectúa examen vaginal en las visitas de seguimiento hasta que la paciente se encuentra cerca de término. Los exámenes vaginales se inician de dos a tres semanas antes de la posible fecha de parto, para evaluar la pelvis, la presentación fetal y el grado de descenso.

Para comparar la literatura con los hechos de la vida cotidiana a los cuales se enfrentan las mujeres embarazadas, se solicitó directamente a la médica Lizbeth Matías información sobre la consulta de control prenatal:

La consulta de control prenatal se divide en consulta de primera vez o subsecuente. En la primera se elabora la historia clínica de la paciente.

Historia clínica: Se le pregunta si los consanguíneos o el cónyuge padece enfermedades degenerativas (diabetes, cáncer, hipertensión, malformaciones congénitas, etcétera).

-Antecedentes personales no patológicos: Se le pregunta sobre el aseo, la higiene personal, la vivienda y los alimentos (cada cuándo se baña, se corta las uñas, se lava los dientes, se corta el cabello; si es casa rentada, si tiene animales, cada cuándo come carne).

-Antecedentes personales patológicos: Se pregunta sobre las enfermedades que ha tenido desde la infancia, tomando en cuenta el sarampión, viruela, hepatitis, etcétera.

-Reciente tratamiento médico: Se pregunta si fuma, si toma, etc.

-Antecedentes ginecoobstétricos: Cuándo fue la menarca, cada cuándo es su periodo, cuántos días dura, si tiene coágulos. Se pregunta también cuándo fue el inicio de su vida sexual activa, cuántos compañeros ha tenido, cuantas gestas (embarazos), paras (partos), si ha tenido abortos, cesáreas, mortinatos (niños que mueren al nacer) u óbitos (nacen muertos).

-Padecimiento actual: Se realiza la exploración física. Se toma peso, talla, presión

arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y pulsos

Se revisa las mamas, los pezones, si estan salidos, invertidos, si hay secreción o ulceración, y la linea media del vientre, que en las mujeres embarazadas es negra. Se mide el fondo uterino.

Se revisa si existen edemas, varices, secreciones vaginales o ardor al orinar.

Se les aplica la vacuna antitetánica. Algunos doctores opinan que cada seis meses, otros que desde que se descubre el embarazo.

Las consultas subsecuentes consisten en tomar el peso, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, respiratoria, los pulsos, la frecuencia cardíaca del feto y se mide el fondo uterino.

A las mujeres embarazadas se les proporciona flúor y se les indica cómo aplicarlo, pero no lo hacen en sus casas, por lo tanto se les cita diariamente para garantizar la aplicación.

Algunos médicos opinan que la consulta prenatal debe ser cada mes, mientras otros opinan que trimestral, pues en el primer trimestre el feto estará formado y los siguientes serán de crecimiento. Si la madre es una mujer sana y el primer trimestre transcurrió sin ningún problema, difícilmente ocurrirán en los siguientes. Si es embarazo de alto riesgo, entonces están de acuerdo en que sea una consulta mensual.

Como se pudo observar en cada una de las descripciones, se complementan en algunos detalles. El punto de vista de enfermería es importante porque muestra cómo un profesional de la salud, diferente del médico, toma parte tan necesaria en el control prenatal; pues con el trabajo de la enfermera se puede llevar un mejor control.

2.2. El control prenatal como parte importante de la salud reproductiva

A partir de los noventa, el enfoque de salud reproductiva introduce una nueva perspectiva que desplaza el interés por lo demográfico hacia la salud de la mujer; un movimiento dirigido principalmente por los grupos de mujeres, por el feminismo académico y por funcionarios de alto nivel de la OMS.⁵⁸

El concepto de salud reproductiva ha sufrido una evolución, comenzando

⁵⁸ Gabriela Rodríguez Ramírez, "Sexualidad juvenil", *Jóvenes: una evaluación del conocimiento. La investigación sobre juventud en México, 1986-1996*, pág. 93.

por la preocupación en el crecimiento acelerado de la población y su control, hasta lo que ahora se llama salud reproductiva o salud sexual y reproductiva. Este cambio está estrechamente ligado a una iniciativa de políticas de ayuda exterior oficializadas en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y a su influencia sobre las acciones de los gobiernos del Tercer Mundo.

Es importante referirse a las tres conferencias de la ONU sobre población descritas por Barzelatto.⁵⁹

La primera fue en Bucarest en 1974. Se puede decir que fue una conferencia entre norte y sur. Los países desarrollados del norte decían que el crecimiento de la población no permitiría el progreso del Tercer Mundo y que ellos estaban dispuestos a ayudar a distribuir los anticonceptivos, con lo cual automáticamente el crecimiento estaba garantizado. El sur contestaba a esto que el desarrollo era el mejor contraceptivo. Fue la frase que hizo historia, pero en realidad es una dicotomía falsa. En ese momento fue un enfrentamiento. Lo más interesante es que en la reunión predominó una perspectiva demográfica. Si era anticoncepción o si era desarrollo, pero era la demografía lo que preocupaba a todos los gobiernos presentes, puesto que esas son reuniones de gobiernos y, en consecuencia, hay mucho de política exterior involucrada. Para los países desarrollados era mucho más barato distribuir anticonceptivos que ayudar al adelanto del Tercer Mundo. Ellos comprendían que el crecimiento exagerado de la población creaba problemas de seguridad para los países en desarrollo, de manera que querían pararlo. Y la manera relativamente fácil, o que se creyó fácil, era distribuir anticonceptivos. Esto se proponía con la esperanza de que, como había ocurrido en Europa y Estados Unidos, al producirse la transición demográfica se daría el desarrollo de la sociedad.

Pero el sur le recordó al norte que en Europa y en Estados Unidos fue sin programas de gobierno y sin métodos modernos de anticoncepción que ocurrió la transición demográfica al producirse la industrialización. El cuestionamiento era si con métodos modernos esto se podía o no acelerar. Los hechos mostraban que sí, que no cabe duda que la evolución de los países desarrollados fue de cien o ciento cincuenta años, y ahora hay países que en veinte años han hecho la transición. Sin embargo, no lo han hecho al punto de los países desarrollados.

La segunda conferencia mundial auspiciada por la ONU se llevó a cabo en

⁵⁹ José Barzelatto, *op. cit.*, pág. 32.

México diez años después y en ella se comienza entonces a sentir la influencia de los economistas, que plantearon que desarrollo y economía son la misma cosa. De desarrollo social no se habla. Hubo confusión y no hubo gran avance.

Diez años después se lleva a cabo la conferencia de El Cairo. Ahí se estableció como un nuevo estándar internacional que la solución a los problemas de población y desarrollo son la salud sexual y reproductiva.

El Cairo permite dos cosas fundamentales. Una de ellas consiste en reconocer que en la relación población-desarrollo la salud es un factor muy importante y en especial la salud de la mujer. La segunda es que también se reconoce que la solución de los problemas individuales y sociales requiere de participación, de oír lo que la gente quiere, en vez de sólo decirle lo que tiene que hacer.

Para definir la salud sexual y la reproductiva es necesario comenzar por definir qué es salud. La Organización Mundial de la Salud define la salud como el estado de bienestar total, físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia.⁶⁰

La enfermedad es la que define el médico como una entidad con ciertas causas biológicas. Dolencia es lo que siente la persona que está enferma, y hay personas que tienen enfermedades y no se sienten enfermas, y hay otras que se sienten enfermas y no tienen enfermedades, según la definición médica. Esto es reconocer que el individuo y su bienestar (y no el control de la enfermedad) es lo que constituye la salud.

Cuando se produjo la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la salud se incorporó a ello. Desde el momento en que es un derecho humano, se ratifica que es mucho más que una enfermedad y la acción de un médico.

Esta definición de salud se puede aplicar a cualquier aspecto de la misma, y si se aplica a la parte de reproducción y sexualidad, significa que la gente debe tener, además de capacidad para procrear hijos, la de regular su fertilidad en forma segura y efectiva. Segundo, que el resultado del embarazo no sólo sea deseado, sino que sea exitoso, en términos del bienestar de la madre y el niño, incluso el desarrollo de éste a su potencial total. Tercero, significa que las parejas puedan comprender y disfrutar su sexualidad libres del miedo de un embarazo no deseado y de contraer enfermedades.

⁶⁰ Citada por Barzelatto, *op. cit.*, pág. 33.

Desde antes de Bucarest había progreso en el campo biomédico con el desarrollo de los métodos anticonceptivos; los médicos que inventaron el dispositivo intrauterino primero y la píldora después no estaban pensando en metas demográficas, sino en ayudar a las personas en su vida reproductiva. Pero los acuerdos internacionales concentran el problema en la demografía y esto hace que los gobiernos empiecen a actuar en este campo también con una sola perspectiva. Esto es lo que cambió en El Cairo.

Dentro del nuevo enfoque, los servicios médicos de salud reproductiva, la planificación familiar, la maternidad sin riesgos y el sexo seguro son los pilares en los cuales se fundamenta el concepto de salud reproductiva, desde un punto de vista de los servicios del sector salud.

Esto no es suficiente, porque la salud reproductiva implica mucho más que la integración y el mejoramiento de los servicios de salud existentes. La relación de los proveedores de los servicios y los usuarios tiene que mejorar y es probablemente aquí donde están las fallas más evidentes. Pero esto no es privativo de la salud en general. Hay que mejorar la calidad de atención en términos de respetar al paciente y de tratar de satisfacer sus necesidades, tal como esa persona las percibe, y resolver su problema para mejorar su bienestar y no buscar finalidades ajenas a la persona.

Las implicaciones generales de este enfoque de salud reproductiva son, en primer lugar, que se combinan los conceptos de salud y de derecho; que la gente es el sujeto y no el objeto de las políticas. Política y servicio deben responder a una demanda informada, lo que crea una obligación, por una parte, de educar y, por otra parte, de responder a las necesidades de la población. En segundo, los servicios deben estar orientados a satisfacer al cliente y no a cambiar estadísticas, particularmente en planificación familiar.

Otro punto importante es que la salud y los derechos reproductivos y sexuales son un bien social que vale la pena perseguir al margen de la demografía. Son también un desafío tanto para los países cuya población está creciendo como para los que tienen una población estable o en los que está decreciendo. El problema de la salud reproductiva no pertenece sólo al Tercer Mundo, está igualmente presente en los países desarrollados que tienen una población decreciente. Las mujeres sufren y son víctimas de los sistemas de salud también en los países en que la población decrece. Esto debería crear una mayor

solidaridad mundial y no estigmatizar al Tercer Mundo por tener demasiados hijos

Además, este nuevo concepto reconoce explícitamente el eslabón perdido de la sexualidad. Esto es un cambio fundamental que crea automáticamente una reacción contraria, tanto ideológica por un conservadurismo muy natural en los seres humanos y, por otro lado, una reacción de las religiones, que deben adaptarse a una realidad distinta. Es como un desafío a las autoridades, porque en realidad estamos reconociendo que hay un nuevo balance entre sexualidad y reproducción, porque ha habido el deseo y la intención de separar el sexo de la reproducción desde hace muchos años.

Además, la salud reproductiva y sexual es necesariamente multisectorial en términos de política. Tienen que trabajar los distintos sectores del gobierno en forma congruente y con cierta planificación conjunta para que se resuelvan estos problemas.

El reto es enorme, pues requiere de un cambio social y cultural, un cambio de estructura. El cambio significa quitar el territorio al médico y a las profesiones paramédicas, para compartirlo con los científicos sociales y con los científicos políticos. Esto significa aceptar la idea de que puede haber preocupación simultánea sobre población, salud, derechos humanos y equidad, y no tener que mirarlos como cosas separadas. Esto requiere no sólo de un cambio conceptual, sino también de la demostración de que programas basados en este nuevo pensamiento son factibles, es decir, son aceptables, efectivos y a un costo posible.

Respecto al aborto, en El Cairo se aceptó que es un problema de salud pública de gran magnitud en el mundo entero y hay que resolverlo. No hubo acuerdo de si el aborto debería ser legal o no, si era moral o inmoral. Lo que se dijo es que si el aborto es legal debe ser seguro, y donde no, los parlamentos tienen que ver cómo se legisla sobre el asunto.

De acuerdo con la definición de salud mencionada antes, se puede decir que la salud no es enfermedad y mucho menos puede ser enfermedad lo que es un proceso normal como el embarazo; en este campo la debilidad del modelo biomédico es más evidente que ninguno.⁶¹

Las acciones de salud reproductiva, a pesar de involucrar también a los hombres, están principalmente dirigidas a las mujeres. Al momento de definir las,

⁶¹ José Barzelatio, *loc. cit.*

seguramente se puso de relieve que la fecundación, el embarazo y el parto suceden en el cuerpo femenino y las consecuencias de cualquier complicación involucran más a la mujer, al feto o al recién nacido. Por otra parte, las estadísticas revelan que las secuelas de la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual son más graves en las mujeres y que los métodos de planificación familiar, usados en mayor cantidad por ellas, representan en general más riesgos potenciales que los usados por los hombres.

Por muchos siglos, la mujer recibió atención sólo en el momento del parto, pues se creía suficiente con esto. Debió pasar mucho tiempo para que esta concepción se modificara, y a fines del siglo XIX numerosos médicos señalaron la importancia del cuidado prenatal.

En el presente siglo, la asistencia médica comenzó a dejar de centrar su interés en la planificación familiar. Los gobiernos y los programas de salud pública comenzaron a concentrar sus esfuerzos en la salud materno infantil y a integrar la planificación de la familia principalmente en el periodo posterior al parto. La atención se concentraba en las madres y los niños sanos.

El concepto de salud reproductiva comprende la atención preconcepcional, la atención prenatal, la atención del parto y del recién nacido y la atención neonatal precoz que, para fines prácticos, comprende el periodo que va desde el nacimiento hasta el séptimo día de vida del recién nacido.

Factores de tipo social, cultural, político y económico, y elementos como vivienda, educación y alimentación influyen en forma directa o indirecta sobre la salud reproductiva. De allí que exista la necesidad de buscar la coordinación intersectorial, con el fin de concertar esfuerzos y concentrarlos en esta área. La salud reproductiva igualmente tiene condiciones de orden afectivo y discriminatorio de la situación social de la mujer; esto exige establecer estrategias que tomen en cuenta todo el ciclo vital de la mujer y no sólo el periodo concepcional.⁶²

En vísperas de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la OMS dirigió una vez más su mirada hacia los vínculos indisociables existentes entre la dinámica de la población mundial y la vida cotidiana del individuo. Dado el influjo fundamental que ejercen en las

⁶² P. Dumet Hinojosa, "Salud reproductiva, algo más que un concepto", <http://www.hoy.net/de-htm/libro6/salud/salud04.htm>.

tendencias demográficas las decisiones sobre sexualidad y reproducción que toma el individuo, es preciso ofrecer a éste la posibilidad de tomar esas decisiones con el máximo provecho para su salud y la de sus hijos.

La mujer deberá tener acceso a los anticonceptivos, de forma que pueda evitar los embarazos prematuros, demasiado frecuentes o demasiado tardíos, y para que las familias puedan ofrecer a sus hijos una calidad de vida lo más satisfactoria posible. La regulación de la fecundidad es una medida sanitaria preventiva que tiene una dimensión familiar a la vez que social: permite planificar la propia vida y contribuye al logro de la equidad entre hombres y mujeres. Es preciso que el varón asuma su plena responsabilidad tanto en la vida sexual como en el proceso reproductivo.

Con mucha frecuencia la salud y el bienestar de las mujeres se ven comprometidos por el descuido y el trato abusivo que se les inflige. La deficiente salud de la mujer da elevadas tasas de mortalidad materna; además de ser moralmente inadmisibles, la muerte de una mujer en el parto debe considerarse hoy como un fracaso de la sociedad.

En ningún programa de población debería faltar el componente relativo a la salud de la madre. Todas las mujeres deben tener acceso a los servicios de salud reproductiva, en particular para la planificación familiar, para la asistencia obstétrica y para la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, del aborto peligroso y de la infertilidad.

Ninguna mujer debe quedar embarazada si no goza de buena salud, dadas las consecuencias que de ello pueden derivarse no sólo para ella misma y su bebé, sino también para sus demás hijos y toda la familia. Ninguna mujer debería sufrir las consecuencias, a menudo desastrosas, de una fecundidad incontrolada.

La definición de salud reproductiva que da la OMS constituye la base de su programa de acción en esta esfera:

-La salud reproductiva implica que los hombres y las mujeres tengan la posibilidad de reproducirse, de regular su fecundidad y de disfrutar una relación sexual saludable.

-Implica también que la mujer pueda tener un embarazo y un parto sin correr riesgos, que se pueda regular la fecundidad sin peligro para la salud y que las relaciones sexuales estén exentas de todo riesgo de infección.

-Implica por último, que el proceso de reproducción llegue a su término de

modo satisfactorio, asegurando la supervivencia infantil, y sienta las bases para la buena salud y el desarrollo de la familia.

La salud reproductiva debe comprender, como elementos básicos, el comportamiento sexual, la planificación de la familia, la asistencia a las madres y la maternidad sin riesgo, el aborto, las infecciones del tracto reproductivo (incluidas las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA) y determinados tumores malignos del tracto reproductivo, como el cáncer cervicouterino.⁶³

Se reconoce que la problemática de salud reproductiva no se reduce a la salud biológica. El embarazo temprano tiene consecuencias diferenciadas por clase social; y se acompaña la mayor parte de las veces de pobreza, desnutrición, falta de educación, que ponen en peligro el evento biológico de la reproducción y hacen que la maternidad temprana, en muchas ocasiones y sobre todo en clases sociales pobres, se convierta en menores o nulas oportunidades escolares, personales y laborales y con ello mayor desventaja social y económica para la madre adolescente, su hijo(a), a su familia y la pareja (cuando ésta existe); falta de protección legal, marginación y discriminación que la sociedad ejerce contra aquellos que transgreden las normas sociales imperantes; cancelación, muchas veces definitiva, de otras opciones de vida que no sea la de ser madre. Esta situación se duplica, pues las estadísticas señalan que es muy alta la probabilidad de que un embarazo siga cercanamente al primero en mujeres jóvenes.

Sin embargo, no es suficiente reflexionar sobre los embarazos tempranos y la sexualidad placentera de las mujeres embarazadas, sean adolescentes o no; también son importantes los problemas que se puedan suscitar, pues pocas veces se valora adecuadamente los riesgos que corre la mujer durante el embarazo. Estos problemas pueden provocar un alto índice de mortalidad materna.

DERECHOS DE LOS Y LAS USUARIAS DE SALUD REPRODUCTIVA

La población usuaria de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público, social y privado tienen derecho a:

Información. Enterarse de los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales del uso de los métodos anticonceptivos.

Acceso. Recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad.

Elección. Decidir responsable y libremente sobre la práctica de la planificación

⁶³ OMS, "La salud reproductiva", *Salud Mundial*, pág. 30.

familiar y el uso de métodos de regulación de la fertilidad.

Seguridad. Acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de daños o riesgos para la salud.

Privacidad. Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

Confidencialidad. Seguridad de que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

Dignidad. Ser tratado con respeto, consideración y atención.

Continuidad. Recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar el uso ininterrumpido de un método anticonceptivo.

Opinión. Expresar sus puntos de vista acerca de la información, métodos y servicios recibidos.

Todo el personal de salud debe saber que en caso de transgresión a los lineamientos jurídicos y normativos en la prestación de servicios de salud reproductiva y planificación familiar, los usuarios podrán informarse y presentar sus quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Son diversos los factores que influyen en el comportamiento y en la salud reproductiva de los individuos: edad, sexo situación de pareja, expectativas respecto al tamaño de la familia, situación económica, creencias personales, prejuicios, mensajes de los medios de comunicación, entre otros. En consecuencia, las personas están sujetas a muchas influencias antes de que decidan acudir a solicitar información.⁶⁴

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés) señaló recientemente que los programas de salud reproductiva sensibles a las diferencias de género hacen participar activamente a las mujeres y a los hombres en la asignación de prioridades de sus propias necesidades, inquietudes e intenciones de salud reproductiva. Estos programas tienen como principales características:

- Hacer participar a las mujeres en la determinación, asignación, de prioridades y satisfacción de sus propias necesidades de salud reproductiva.

⁶⁴ Secretaría de Salud, *El derecho a la libre decisión.*

- Apoyar a las mujeres para que cambien su condición en el hogar y la comunidad, mediante la generación de ingresos, la alfabetización y la participación política
- Abordar las barreras sociales, económicas y físicas que impiden que las mujeres y los hombres tengan acceso a los programas de salud
- Abordar la violencia en el hogar, el abuso emocional y físico y las amenazas de abandono.
- Proporcionar una amplia variedad de servicios e intervenciones para satisfacer las necesidades y las intenciones de reproducción de las mujeres y los hombres.
- Al diseñar programas, dar tiempo suficiente para que en el proceso de participación se escuchen las necesidades de la comunidad.
- Centrarse en las necesidades de salud reproductiva de los clientes, y no sólo en las metas demográficas
- Abordar la salud sexual y las necesidades de educación sexual.
- Incluir a las mujeres en el nivel de elaboración de políticas.
- Poner en práctica el marco esbozado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo -celebrada en El Cairo en 1994- y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995.
- Reconocer cómo el género influye en las relaciones y las desigualdades existentes entre los hombres y las mujeres.⁶⁵

2.3. La problemática del control prenatal en un municipio del estado de México

Tlalnepantla de Baz es un municipio del estado de México conformado por 778,173 habitantes; es un centro industrial (fundición, química y mecánica) que colinda con los municipios de Tultitlán de Mariano Escobedo, Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza, Ecatepec y con dos delegaciones del Distrito Federal: Gustavo A. Madero y Azcapotzalco.

En este municipio se proporciona atención médica a las mujeres embarazadas para que lleven un adecuado control; las que no cuentan con seguro social pueden asistir al centro de salud. Sin embargo, de 3,084 muertes ocurridas

en Tlalnepantla en 1997, 10 fueron por causas maternas. De ellas, una fue por causas obstétricas indirectas, otra por causas de aborto, dos por toxemia del embarazo, una más por complicaciones del puerperio y las cinco restantes por causas obstétricas directas.⁶⁶

No es difícil inferir que la situación de Tlalnepantla se repite en muchos otros lugares del país. Quizá en otros municipios y estados la incidencia de la mortalidad materna sea más grave, pero debemos recordar que en cuestión de salud materna un solo evento de esta naturaleza pone de manifiesto deficiencias que podrían haberse evitado.

⁶⁵ Barbara Barnett, *op. cit.*, pág. 27.

⁶⁶ INEGI, *Estadísticas vitales 1997*.

* CAPÍTULO 3

PSICOLOGÍA SOCIAL: PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD Y ACTITUDES

“La salud es un regalo divino
el cuidar la salud es reconocer el regalo,
y el vivir la salud es estar en la fuente inagotable de la vida”.

Tlazociuhalpilli

De manera muy general se puede definir la psicología social como el estudio de los comportamientos en grupo.

George H. Mead⁶⁷ es una figura importante en la aportación a la psicología social. La búsqueda de una solución racional a los problemas sociales, la ciencia como instrumento por excelencia para el control inteligente del ambiente físico y social y la convicción en la fuerza liberadora de la racionalidad científica son las claves de la teoría de Mead.

La psicología social se inició inmediatamente después de la Primera Guerra Mundial. Éste y muchos otros eventos como la expansión del comunismo, la gran depresión de los años treinta, la llegada al poder de Adolfo Hitler, el genocidio de los judíos, las revueltas raciales, la Segunda Guerra Mundial y la amenaza atómica estimularon todas las ramas de la ciencia social.

La psicología social se gesta en la confluencia de dos acontecimientos: la rebelión contra un individualismo que había dominado la escena política, religiosa y filosófica desde fines del siglo XIII hasta Kant, y los convulsos acontecimientos que se derivaron de las revoluciones políticas, económicas y tecnológicas que azotaron Europa desde fines del siglo XVIII.

3.1. Psicología social de la salud

La psicología social de la salud es la aplicación específica de sus conocimientos y

⁶⁷ Citado en Blanco y De la Corte, “La psicología social aplicada: algunos matices sobre su desarrollo histórico”, en José Luis Álvaro, Alicia Garrido y J. R. Torregrosa, *Psicología social aplicada*, pág. 4.

técnicas a la comprensión de los problemas de salud y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco. La esencia de su aportación es el análisis de las posibles interacciones en el proceso del mantenimiento. Aplicar la psicología social al campo de la salud significa el estudio de la conducta de salud/enfermedad del individuo en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención estresantes, organizaciones de cuidado de salud, etcétera. Actividades como la promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la mejora del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud son el resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud, y se desarrollan en dicha interacción.

Por otro lado, la circunstancia sociocultural determina las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y a la enfermedad. Esa circunstancia proporciona, por ejemplo, el papel social del enfermo e incluso determina muchas veces la aparición de patologías nuevas como la hiperactividad, la creciente medicalización del embarazo y parto, y hasta epidemias funcionales.

Pero es importante hacer un paréntesis para explicar que la salud ha cambiado de concepción. Tradicionalmente se ha definido la salud como ausencia de enfermedad; pero -como se mencionó en el capítulo 2- la OMS estableció que la salud es "el estado absoluto de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad". Esta definición es importante puesto que toma en cuenta dos aspectos del ser humano: el psicológico y el social, que se suman al biológico, para dar lugar al concepto integral de salud. Es necesario considerar qué es la salud, para así poder dar cuenta de la trascendencia de la salud sexual y reproductiva, y los factores que influyen en el descuido de ésta.

La influencia del contexto sociocultural y más concretamente de los grupos sociales sobre el campo de la salud/enfermedad se puede determinar, entre otras, en las siguientes áreas:⁶⁸

1. Las teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad, que pueden influir en la mejor o peor utilización de los servicios, retrasando acudir a ellos o potenciando su uso indiscriminado, afectando al cumplimiento de las

⁶⁸ Huici (1985) y Rodríguez Marín (1995), citados en Jesús Rodríguez y José A. García, "Psicología social de la salud", en José Luis Alvaro, Alicia Garrido y J. R. Torregrosa, *Psicología social aplicada*, pág. 352.

prescripciones, al uso de medicinas alternativas o de procedimientos populares, a la automedicación, etcétera. La familia como unidad básica de comportamientos de enfermedad y salud puede tener un papel relevante en la interpretación de los síntomas del enfermo, en la prescripción de determinados tratamientos, en el hecho de que produzca o no medicación, en la decisión de buscar o no ayuda profesional y de cumplir o no un tratamiento, en la práctica de conductas preventivas, etcétera.

2. La conducta de expresión de síntomas. Por ejemplo, el grupo social tiene un influjo claro sobre las manifestaciones de dolor en la medida en que permite o no su expresión e influye, en consecuencia, en la tolerancia o resistencia al dolor.
3. Las conductas orientadas a la salud.
4. La interacción entre el profesional de la salud y el enfermo, en la medida en que el subsistema social y cultural establece los roles correspondientes y las demandas específicas para cada uno de los participantes.
5. Los hábitos comportamentales saludables, en la medida en que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales.

La psicología social ha contribuido a la investigación de las distintas variables que intervienen en la instalación y mantenimiento de conductas saludables o en el abandono de hábitos perjudiciales.

La psicología social ha colaborado en el estudio de los factores psicosociales que intervienen en la etiología de problemas de salud, estudiando cómo el sistema sociocultural afecta a la salud y a la enfermedad a través de los estilos de vida imperantes y sobre todo, de las actitudes de la población; o el modo en que la desigual distribución de los recursos sanitarios genera problemas de salud por la simple desigualdad de acceso a los medios del sistema de cuidados de salud.

La contribución de la psicología social puede centrarse en la aportación de teoría y modelos determinantes de la conducta y de teoría de cambio comportamental. Entre los determinantes de la conducta se han estudiado las actitudes, la influencia social y las posibilidades o imposibilidades de la conducta en cuestión.

3.2. Actitudes

En 1935, Allport⁶⁹ expresó que el concepto de la actitud probablemente sea el concepto más distintivo e indispensable en la psicología social americana. Aunque han transcurrido años, el estudio de las actitudes continúa siendo un tema importante de investigación. En realidad, varios autores han definido la psicología social como el estudio científico de las actitudes.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista,⁷⁰ una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o a sus símbolos. Así, los seres humanos tenemos actitudes o predisposiciones hacia, por ejemplo, el aborto, la política económica, la familia, la ley, un profesor, etcétera.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Si la actitud de una persona hacia el aborto es desfavorable, probablemente no abortaría o no participaría en un aborto. Si la actitud de una persona es favorable a un partido político, lo más probable es que vote por él en las siguientes elecciones. Desde luego, las actitudes son sólo un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí.

Una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada.⁷¹ Evaluación significa el efecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas. Cuando la persona carece de experiencia con el objeto de la actitud o cuando éste no despierta su interés, la fuerza de la asociación objeto-evaluación es inexistente. Más que de actitud, en estos casos es preferible hablar de no-actitud, ya que no existe una evaluación previa del objeto en la memoria.

Según Rosenberg y Hovland (1960),⁷² las actitudes son “predisposiciones a

⁶⁹ Citado por Otto Klineberg, *Psicología social*, pág. 402.

⁷⁰ Roberto Hernández Sampieri, P. Baptista Lucio y C. Fernández Collado, *Metodología de la investigación*, pág. 263.

⁷¹ Fazio (1989), citado por Francisco Morales y Enrique Reboloso, “Actitudes”, en Francisco Morales y Miguel Olza (coord.), *Psicología social y trabajo social*, pág. 229.

⁷² Citados en Richard D. Gross, *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*, pág. 455.

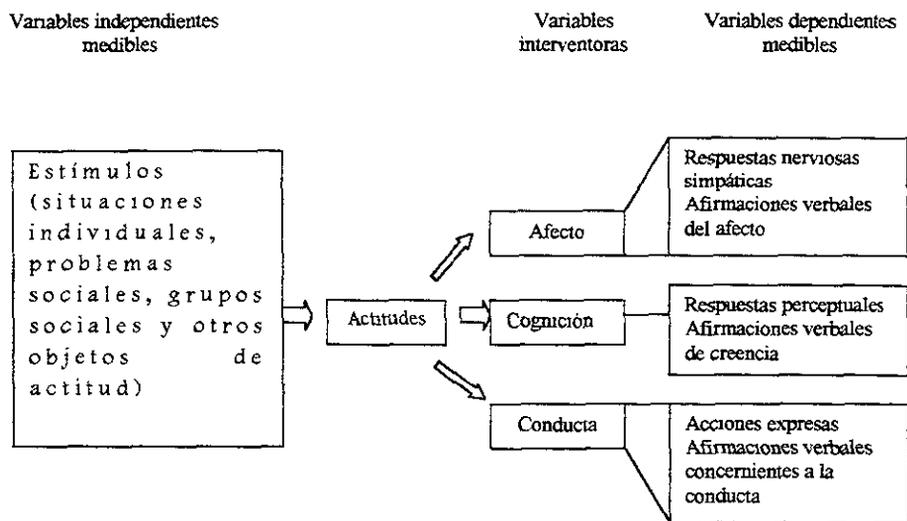
responder ante ciertas clases de estímulos con cierta clase de respuesta". Estas clases son:

El afectivo: lo que una persona siente acerca del objeto de la actitud, qué tan favorable o desfavorablemente lo evalúa.

El cognoscitivo: lo que una persona cree acerca del objeto de la actitud, cómo es ese objeto de modo objetivo.

El conductual (algunas veces llamado conativo): cómo responde de hecho una persona ante el objeto de la actitud con base en 1 y 2.

A continuación se muestra el modelo llamado de tres componentes (afecto, cognición y conducta), que es mucho más una representación de la estructura de las actitudes que una simple definición.



Se han propuesto conceptos que ponen énfasis en el carácter evaluativo de las actitudes como su más importante e incluso único componente. Estos tipos de definiciones se denominan unidimensionales. En la investigación práctica se prefiere la operacionalización de las actitudes que siguen el concepto unidimensional, pues éstas se pueden medir más fácilmente. Además, la mayoría de las escalas de actitud se basan en este tipo de concepto.⁷³

⁷³ Stahlergh y Frey, citados en M. Hewstone *et al.*, *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea*, pág. 150.

Los tres componentes se consideran como subconjuntos de un total, que es la actitud. Una implicación del modelo es que las medidas de un mismo componente deben ser muy similares entre sí y poco semejantes a las medidas de otro componente. Sin embargo, dado que todos los componentes se engloban en la misma actitud, debe existir entre ellos algún tipo de relación.⁷⁴

El componente conductual parece estar altamente correlacionado con los componentes cognoscitivo y afectivo. Sin embargo, es necesario comprobar si esto es verdad en la práctica, si las actitudes expresadas por las personas coinciden con sus acciones.⁷⁵

Myers⁷⁶ menciona que las actitudes a menudo predicen deficientemente las acciones. Cambiar las actitudes de las personas generalmente falla para producir gran cambio en su conducta. Las expresiones de actitud y las conductas están sujetas a muchas influencias. Las actitudes predecirán la conducta si: 1) si esas otras influencias son minimizadas, 2) si la actitud corresponde muy cercanamente a la conducta predicha (como en los estudios electorales) y 3) si la actitud es poderosa

Por lo tanto, hay una conexión entre lo que se piensa y lo que se dice y lo que se hace, aun si esa conexión en muchas situaciones es más débil de lo que se cree.

Gross⁷⁷ menciona que las actitudes son sólo una de las determinantes de la conducta, representan una predisposición a comportarse, pero la manera en que se actúa en realidad dentro de una situación en particular dependerá de las consecuencias inmediatas de la conducta, de cómo se piensa que los otros evaluarán estas acciones y de los modos habituales de comportarse en ese tipo de situaciones. Además, puede haber factores situacionales que influyan en la conducta. Una actitud debería predecir la conducta hasta cierto grado, es necesario que exista un alto grado entre ambas.

En 1950 nacieron varias teorías acerca del cambio de actitud, siendo la de mayor influencia la teoría de la disonancia cognoscitiva de L. Festinger, la cual sostiene que las actitudes cambian debido a que la persona está motivada para

⁷⁴ Francisco Morales, *op. cit.*, pág. 232)

⁷⁵ Richard D. Gross, *op. cit.*, pág. 459.

⁷⁶ David G. Myers, *op. cit.*, pág. 147.

⁷⁷ Richard D. Gross, *op. cit.*, pág. 459.

racionalizar su conducta. Supone que la persona siente tensión (“disonancia”) cuando dos pensamientos o creencias (“cogniciones”) son psicológicamente inconsistentes --cuando se reconoce que no corresponden una con otra

La persona ajusta su pensamiento para reducir esa tensión. La teoría se refiere principalmente a discrepancias entre la conducta y las actitudes ⁷⁸

Estos elementos están en relación de disonancia si, considerándolos por separado, el contrario de un elemento sigue del otro; *x* y *y* son disonantes si *no-x* sigue de *y*. Ejemplo:

1. Fumo cigarrillos *aunque* fumar cigarrillos produce cáncer.
2. Seleccione el producto A, *aun cuando* el producto B tiene muy buenas características.
3. El experimento era tonto, *pero* era muy interesante.

Son contradicciones lógicas (donde *no-x* se sigue de *y*), pero violan nuestras expectativas sobre lo que debe ir junto. Dentro de cada una hay una tercera premisa no expresada que completa el silogismo. En lo anterior, la premisa omitida incluirá cosas como 1) no deseo tener cáncer, 2) siempre intento elegir el mejor producto que puedo; 3) digo lo que creo. Éstas incluyen supuestos ocultos sobre el autoconcepto o la justicia del mundo en general y se ha descubierto que las personas con baja autoestima, por ejemplo, no se comportan igual que las personas con alta autoestima cuando se colocan en situaciones que producen disonancia.

El grado de la disonancia cognitiva depende de la importancia del tema y del número de relaciones disonantes. Aunque la teoría de la disonancia se centra en dos elementos a la vez, cada elemento implica normalmente un conjunto de creencias relacionadas. El deseo de fumar, por ejemplo, puede tener componentes relacionados con la autoimagen (fumar es masculino), con un sentimiento psicológico y una afección física. Seleccionar un producto en lugar de otro significa normalmente sopesar los pros y los contras de cada uno, y por eso los productos diferentes producen más disonancia que los parecidos. Se puede reducir la disonancia cognitiva cambiando los elementos, añadiendo nuevos o reduciendo la importancia de las relaciones. Cambiar elementos reduce la contradicción, mientras añadir nuevos buscando información adicional proporciona un peso añadido a uno o a otro. La teoría predice que cuando existe

⁷⁸ David G. Myers, *op. cit.*, pág. 134.

disonancia no sólo la persona se esforzará en reducirla, sino que intentará evitar activamente información y situaciones que la incrementen.⁷⁹

Función de las actitudes

Smith y colaboradores (1956)⁸⁰ proponen la siguiente clasificación de las actitudes

La evaluación del objeto. Se refiere a la función adaptativa de las actitudes para satisfacer los problemas cotidianos.

La adaptación social. Se refiere a la utilidad de una actitud para las relaciones sociales.

La externalización. Implica la respuesta hacia los eventos externos en términos de algún conflicto interno no resuelto, con lo cual se les distorsiona.

La calidad de la expresividad. Se ocupa más de la forma en que las actitudes reflejan el patrón vital más profundo de un individuo, la naturaleza expresiva o estilo de operación de una persona y, por tanto, no tiene nada que ver con las funciones.

3.2.1. Medición de actitudes

Resulta obvio que una actitud no se puede medir, dado que es de naturaleza hipotética. Por lo tanto, es necesario encontrar indicadores adecuados de una actitud y la mayoría de los métodos de medición de actitudes se basa en las creencias u opiniones de las personas acerca de los objetos actitudinales. La mayoría de las escalas de actitud depende de informes verbales y, generalmente, toman la forma de afirmaciones estandarizadas que se refieren de manera clara a la actitud que se mide.

Cea D'Ancona⁸¹ opina que con la sola observación de la conducta del individuo no se puede conocer la realidad social. Para acceder a las sensaciones de una persona, sus creencias, sentimientos, motivaciones y experiencias es necesario acudir a otras técnicas de recolección de información entre las cuales

⁷⁹ G. Colliers, H. L. Minton y G. Reynolds, *Escenarios y tendencias de la psicología social*, 1996, pág. 306.

⁸⁰ Citados en Richard D. Gross, *op. cit.*, pág. 459.

⁸¹ Ma. de los Ángeles Cea D'Ancona, "La encuesta psicosocial", en Miguel Clemente Díaz, *Psicología social. Métodos y técnicas de investigación*, pág. 264.

destaca la encuesta.

La encuesta constituye una de las técnicas directas de obtención de datos sobre aspectos objetivos (hechos) y subjetivos (opiniones, actitudes) basada en la opinión verbal proporcionada por el propio individuo. Pero, a diferencia de la entrevista en profundidad y de la discusión de grupo, la encuesta se realiza sobre un gran número de individuos, representativos de la población objeto de estudio, que responden a una serie de preguntas organizadas en un cuestionario precodificado. El objetivo es la cuantificación de las características subjetivas y objetivas de la población de la que se extrae la muestra, y no el análisis del discurso de los individuos entrevistados.

En la realización de una encuesta convergen distintas fases, que van desde la formulación y delimitación de los objetivos específicos de la investigación hasta el diseño de la muestra, la elaboración del cuestionario, la preparación del trabajo de campo y el análisis de la información recogida.

El cuestionario es el instrumento básico para la obtención de datos en la investigación mediante la encuesta. Se trata de un listado de preguntas, formuladas a partir de los objetivos de la investigación, que se aplica de igual forma a todos los sujetos incluidos en la muestra.

Un problema con las encuestas de opinión pública o con las escalas de actitud es que los participantes pueden estar renuentes a revelar sus verdaderos sentimientos, lo cual puede producir una fuente de predisposición denominada deseabilidad social, es decir, el participante da respuestas que considera que se esperan de él o son apropiadas, en lugar de dar respuestas sinceras. Garantizar que las respuestas serán anónimas y destacar la importancia de proporcionar respuestas sinceras también puede ayudar a reducir la deseabilidad social.

Otra alternativa a las escalas de actitud es la técnica de acceso directo falso, que implica que a los participantes se les convenga de que no pueden ocultar sus sentimientos. Se les conecta a una máquina que se parece a un detector de mentiras y se les dice que dicho aparato puede medir tanto la fortaleza como la dirección de las respuestas emocionales, con lo cual se demuestra que no se puede mentir.

Una de las escalas de actitud estándar más conocida es la realizada por Likert. Su popularidad se debe en gran parte a su bajo costo y consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales

se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. El número de categorías de respuesta debe ser el mismo para todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican el objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, y es recomendable que no excedan de, aproximadamente, 20 palabras. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones. Ejemplo:

El objeto de la actitud medido

El voto

Afirmación

“Votar es una obligación de todo ciudadano responsable”

Las alternativas de respuesta o puntos de escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Ejemplo.

- Completamente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Neutral e indeciso
- Moderadamente en desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuanto más los sujetos estén de acuerdo con la afirmación, su actitud es más favorable.

Si las personas tienen poca capacidad de discriminar pueden incluirse dos o tres categorías. Por el contrario, si son personas con nivel educativo elevado y capacidad de discriminación, puede incluirse siete categorías.

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert. La primera es de manera autoadministrada: se le entrega la escala a la persona y ésta marca la categoría que corresponde a su reacción o respuesta. La segunda forma es la entrevista: un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al

sujeto y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica la encuesta mediante entrevista, es muy necesario que se entregue al sujeto una tarjeta que muestre las alternativas de respuesta o categorías.

Problemas generales de estas escalas

Todas las medidas basadas en autodescripciones parten de la premisa de que la persona que responde puede y está motivada para revelar sus verdaderas actitudes. Sin embargo, hay gran evidencia de que existen tendencias a disimular las actitudes, por ejemplo, por dar respuestas socialmente deseables (como opina Ancona en párrafos anteriores).

Debido a que los datos de la evaluación pueden fácilmente falsearse o son susceptibles al manejo de impresiones, se han desarrollado otros instrumentos para evaluar las actitudes, como por ejemplo las mediciones fisiológicas, que considera las reacciones fisiológicas a fin de encontrar indicadores más objetivos de la actitud.

También es problemática la asunción de la más o menos explícitamente probada unidimensionalidad, que entra en conflicto con una conceptualización importante de la actitud: el modelo de tres componentes. Además, los procedimientos multidimensionales de medida se utilizan muy raramente.

Otro inconveniente puede encontrarse en el propio procedimiento de medida. Para ciertos objetos de actitud, en ocasiones las personas no tienen actitudes explícitas o claramente formuladas. No obstante, al pedirles que opinen respecto a estos objetos, se les obliga a expresar una posición definida. Por lo tanto, algunas veces el proceso mismo de medida de la actitud originará actitudes que de otra manera no habrían sido formuladas. Estas actitudes espontáneas pueden ser muy inestables y, en consecuencia, bastante malas predictoras de la conducta.

El anonimato puede ser un apoyo para lograr la sinceridad de las personas y evitar la presencia de estos inconvenientes.

Después de haber revisado varias escalas de medición de actitudes, se eligió la de Likert para la presente investigación, debido a que posee las características apropiadas para lograr el objetivo planteado. Se creyó conveniente reducir a cuatro las opciones de respuesta, para que la gente no tuviera una salida fácil y se inclinara por la opción neutral o de indiferencia.

* CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

OBJETIVO: Identificar la actitud de las mujeres embarazadas de 20 años en adelante hacia el control prenatal.

HIPÓTESIS: La actitud favorable de las mujeres hacia el control prenatal tiene relación con la asistencia a éste.

Variable independiente: Actitud de las mujeres.

Variable dependiente: Asistencia al control prenatal.

MUESTRA POBLACIONAL: Se eligieron al azar cinco de los 17 centros de salud del municipio de Tlalnepantla. Estos fueron: San Juan Ixhuatepec, Jorge Jiménez Cantú, Lázaro Cárdenas 1, Santa Cecilia y La Presa. Para aplicar los cuestionarios en las zonas aledañas a cada uno de ellos .

Sujetos: Se formaron con 100 mujeres embarazadas del total de la población de mujeres embarazadas.

Criterios de inclusión:

Mujeres embarazadas de 20 años y mayores.

Mujeres embarazadas de contexto social urbano popular, habitantes del municipio de Tlalnepantla.

Criterios de exclusión:

Mujeres no embarazadas

Mujeres embarazadas menores de 20 años

Mujeres que no sean de contexto social urbano popular (por ejemplo, zonas residenciales).

DISEÑO: De acuerdo con el periodo que se capta la información el presente estudio es:

Prospectivo: toda la información se recoge de acuerdo a los criterios del

investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta.

De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado

Transversal: se mide una sola vez la o las variables, se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de las unidades.

De acuerdo con la comparación de las poblaciones:

Descriptivo: Estudio que sólo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existen hipótesis centrales. Quizá se tiene un grupo de hipótesis que se refieran a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de la misma población.

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:

Observacional: Estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado, por lo tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.⁸²

Escenario. Los cuestionarios se aplicaron en lugares públicos de las zonas aledañas al centro de salud: mercados, mercados sobre ruedas, jardines de niños, primarias, secundarias, comercios (estética, verdulería, farmacia), parques, iglesias y tiendas de autoservicio, puesto que son los lugares más concurridos de las colonias y era más probable encontrar a mujeres embarazadas de distintos puntos de la colonia.

Instrumento. Se diseñó una escala de actitudes tipo Likert, con preguntas relacionadas con la ideología, datos geográficos, socioeconómicos y académicos; con cuatro opciones de respuesta:

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo.

Material. Se utilizó una computadora personal con los programas SPSS 9 y excel

⁸² Ignacio Méndez Ramírez, *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*, pág. 11.

97 También una tarjeta en la cual aparecen las cuatro opciones de respuesta del cuestionario.

4.1 Procedimiento

FASE 1 PILOTEO

Primera etapa. Construcción del instrumento

Con base en la entrevista con las autoridades del ISEM y a partir de una revisión teórica, se eligió construir una escala de actitudes tipo likert, que exploró actitudes acerca del control prenatal. Se estructuró con 46 preguntas. Se seleccionaron categorías familiares, psicológicos y culturales (factores de riesgo). Los cuales se tomaron como indicadores para construir las preguntas. Posteriormente se organizaron.

Segunda etapa. Validación del instrumento

Para validar el contenido del instrumento, se eligió una muestra poblacional de cinco

personas a quien se aplicó el instrumento, pidiendo información de claridad, pertinencia de las preguntas y tiempo invertido en contestarlas.

Tercera etapa. Corrección del instrumento

Se reconstruyó el instrumento y se sometió a jueceo.

Jueceo del cuestionario. El jueceo del cuestionario se realizó con un equipo de trabajo de Hospital General de Ticomán. Dicho grupo se formó por un ginecólogo, un pediatra, un médico general, el director del hospital (ginecólogo) y la jefa de trabajo social. Y por una psicóloga de la UNAM.

Se reestructuró el cuestionario con 52 preguntas, de las cuales una era abierta.

Cuarta etapa. Prueba piloto

Se llevó a cabo una prueba piloto para determinar la confiabilidad de la escala del cuestionario, utilizando el procedimiento estadístico Alfa de Cronbach. Se esperó encontrar un coeficiente de 0.40 como mínimo satisfactorio para

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

79

considerarlo confiable desde el punto de vista general

Se decidió reducir la escala de respuestas a 4 opciones para direccionar las respuestas de las entrevistadas y evitar así la neutralidad.

En esta etapa se aplicaron 280 cuestionarios (lo que equivale aproximadamente a 5 por reactivo) en comunidades cercanas a la zona en la que se realizó la investigación Municipio de Tlalnepantla.

Los cuestionarios de esta etapa fueron aplicados en los siguientes lugares.

- Hospital General de Ticomán
- Cuatitlán Izcalli
- Cuautepec
- Atizapan
- Ecatepec

FASE 2 LEVANTAMIENTO DE ENCUESTA

Se asistió a los lugares públicos de las colonias seleccionadas y se abordó a las mujeres embarazadas para pedir su colaboración. Se les explicó que se estaba realizando una investigación sobre la opinión de las mujeres acerca del control prenatal (se explicó qué era éste), como prevención de la mortalidad materna; pues muchas mujeres morían en el país por esa causa, y no debería suceder de acuerdo con los avances médicos (Ver anexo 1).

Se les mencionaba que no perderían mucho tiempo.

En la mayoría de los casos no fue necesario utilizar la tarjeta de respuestas puesto que casi todas las mujeres sabían leer y escribir.

La aplicación se hizo de manera individual y personal por la investigadora.

4.2. Resultados

FASE 1. PILOTEO

En la *primera etapa* se decidió elaborar un cuestionario de escala tipo likert, el cual incluyó los siguientes aspectos:

- Datos generales
- Aspectos socioeconómicos
- Aspectos relacionados con el centro de salud

- Aspectos relacionados con la religión
- Aspectos relacionados con la familia
- Aspectos relacionados con el control prenatal

En la *segunda etapa* de esta fase (validación del cuestionario), se encontró que algunas mujeres no entendían preguntas ni cómo contestarlas. Se tenía que explicar a las mujeres de qué se trataban. Varias no entendían el término control prenatal. Acerca del tiempo invertido en contestar, las mujeres expresaron que era tardado y que el cuestionario era largo.

Referente a la *tercera etapa* (corrección del instrumento), en el jueceo en general; las opiniones se refieren a que las preguntas que se incluyen en el cuestionario son claras y permiten recabar la información necesaria. Sin embargo, sugieren que se incluyan otros reactivos en los cuales se pregunte si la persona sabe qué es el control prenatal, pues si se pregunta con ese término, es probable que la gente no lo entienda. También en que medio se entero del control prenatal, si sabe donde se lleva a cabo, si se siente satisfecha con la revisión del médico, a cuantas consultas considera ella que se debe asistir y si considera que la forma en la que la revisa el médico es la adecuada

Por otra parte en esta actividad nos encontramos con que los propios médicos se encuentran con la preocupación de que no se propague por medios de comunicación algo tan importante como es el control prenatal ya que dicen que hay muchas personas que no saben que es y en que consiste. En particular, el director del hospital (ginecólogo), mencionó que la OMS indicaba que el mínimo de consultas debería ser de cinco, sin embargo, él considera que son necesarias 10 o 15 consultas, tomando en cuenta la planeación del embarazo. Respecto a los reactivos, opinó que se incluyera uno sobre qué es control prenatal, porque la gente no conoce el término. Esto sería un problema para el cuestionario. En todo caso, es necesario explicar a qué se refiere el término para poder aplicar el cuestionario.

En la prueba piloto, correspondiente a la *cuarta etapa*, se logró lo esperado, pues el coeficiente estandarizado obtenido fue de 0.4248. Se decidió no incluir en el cuestionario definitivo las preguntas que al ser eliminadas aumentaban el Alfa de Cronbach. Dichas preguntas fueron sobre religión, cuantos hijos vivos tenía, sobre el estado de salud y el horario del servicio de centro de salud o clínica. Acerca de la preferencia por un médico o médica, se convirtió en una sola y sobre

la actitud del esposo hacia el control prenatal y el estado de salud de la mujer; se convirtieron en preguntas abiertas

Finalmente el cuestionario se estructuró con 42 preguntas, de las cuales 20 se respondieron utilizando la escala Likert, 4 eran preguntas abiertas que arrojaron información sobre los tópicos del estado de salud de la mujer durante su embarazo y actitud de ella y su esposo ante el control prenatal y 18 preguntas cerradas con datos de tipo general y control prenatal.

En la pregunta abierta, varias mujeres contestaron, que no les gustaba el tacto ni la espera en los centros de salud. Una de ellas mencionó que los médicos llegaban al centro de salud dos horas más tarde de su hora de entrada, y se retiraban una hora antes de su horario de salida. O bien, desayunaban en el horario de citas y tardaban en reanudar sus labores.

FASE 2 LEVANTAMIENTO DE ENCUESTA

Datos demográficos

De las mujeres encuestadas, 65% eran originarias del Distrito Federal o del área metropolitana. El resto tenía residencia en Tlalnepantla y eran originarias de estados de la República, predominando Hidalgo 10% y Veracruz 8%.

LUGAR DE NACIMIENTO

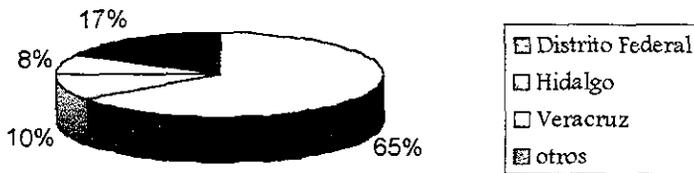


Figura 1. Porcentajes de los lugares de nacimiento de las mujeres encuestadas.

Respecto a la variable de edad, el porcentaje más alto corresponde a la edad de 24 años (14%). El promedio de edad de las mujeres es de 26.49. La edad más baja fue 20 años y la más grande 38.

En cuanto al estado civil 54% eran casadas, 41% vivían en unión libre, 3% era soltera y 2% separadas. En escolaridad 50% tenían un nivel de secundaria incompleta y completa, 21% de media superior y superior, 18% de primaria completa, 10% de primaria incompleta y 1% sin instrucción. El porcentaje de nivel de instrucción de la pareja fue 53% de secundaria incompleta y completa, 24% de media superior y superior, 17% de primaria completa, 4% de primaria incompleta y 25% sin instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

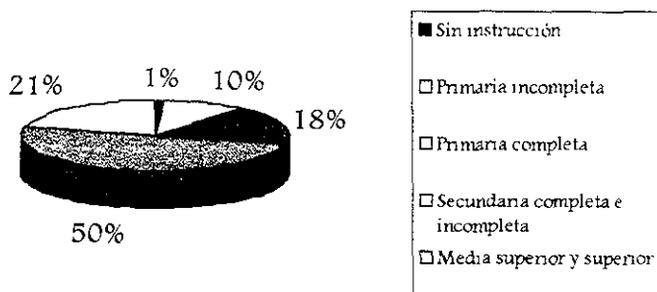


Figura 2. Muestra el porcentaje del nivel de escolaridad encontrado en las mujeres de la muestra.

El 85% de las mujeres eran amas de casa (cónyuges), 11% realizaban actividades remuneradas fuera del hogar, 2% tenían otra opción y sólo 2% eran hijas de familia. De las parejas de las mujeres, 28% eran obreros, 45% se encontraban sin trabajo, 17% eran comerciantes, 5% ejercían carrera técnica.

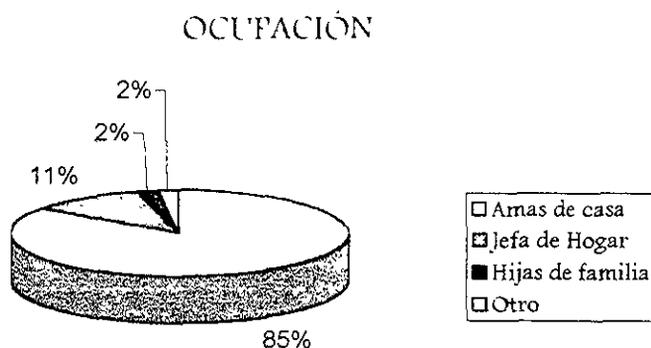


Figura 3. En esta gr1fica se muestra el porcentaje de ocupaci3n de las mujeres embarazadas encuestadas.

Actitudes

Casi la mitad de las mujeres (40%), habian tenido por lo menos un hijo, y en promedio asistieron 2.35 veces al control prenatal. En el presente embarazo se pudo observar que la mayoria de las mujeres habia asistido a una consulta de control prenatal cada mes. El promedio de meses de embarazo fue de 6.43 El 5% de las mujeres no asisten al control prenatal, s3lo lo hacen al diagn3stico de embarazo.

ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL

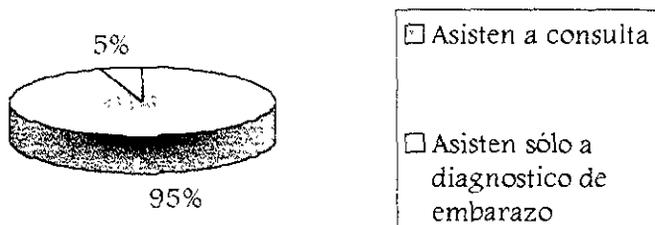


Figura 3 Muestra el porcentaje de la población estudiada que asiste a consultas de control prenatal y las que asisten solamente al diagnóstico de su embarazo

De las que asisten, 86% acudía al centro de salud, 12% lo hacían al Seguro Social y el resto a médico particular. (Una de esas mujeres expresó que asistía al control prenatal, pero no le gustaba hacerlo). Para 66% de las mujeres era preferible ser atendida por una médica, 27% por un médico y 7% por cualquiera de los dos. Una de las mujeres que preferían un médico, mencionó: “ellos saben más.”

TIPOS DE SERVICIO DE SALUD

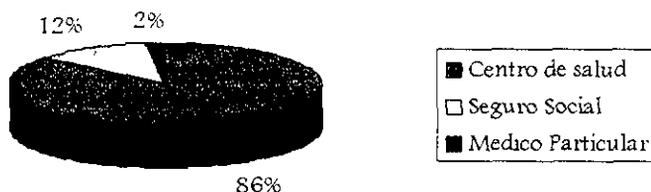


Figura 5. Muestra el tipo de servicio de salud al que asisten las mujeres de la encuesta a sus consultas de control prenatal

En cuanto a la atención de las parteras sólo 2% dijo estar totalmente de acuerdo en el uso de éstas. Estas mujeres fueron de las zonas más populares de los escenarios y 12% estuvo de acuerdo en su uso. De las demás, 55% contestó estar totalmente en desacuerdo y 31% en desacuerdo. Una sola mujer (1%) de las que habían tenido hijos, dio a luz en la casa de una partera

Más de la mitad de las mujeres vivían con su pareja e hijos si los había, esto corresponde a 69%. La vivienda que habitaban era rentada en 36% de los casos, 35% era casa propia, 24% la compartía y 5% tenía otra opción (prestada).

En la mayoría de los casos (69%) el centro de salud o clínica estaba cerca del domicilio de la mujer, 8% tenía muy cerca este lugar. Muy lejos y lejos lo tenían 8% y 18% respectivamente. El 84% tenía los recursos para trasladarse, y 16% no lo tenía: 71% estuvo de acuerdo, 13% totalmente de acuerdo, 13% en desacuerdo y 3% totalmente en desacuerdo. En cuanto a la espera, más de la mitad de las mujeres mencionaron que no les gustaba la espera en el control prenatal, 47% estaba de acuerdo en que esperaba más de 30 minutos, 31% estaba totalmente de acuerdo, 17% en desacuerdo, y 5% totalmente en desacuerdo. De las mujeres que opinan que las atienden con amabilidad, 77% dijo estar de

acuerdo, 12% totalmente de acuerdo, 6% en desacuerdo y cinco totalmente en desacuerdo. Casi el cien por ciento de las mujeres afirmó que tiene derecho a exigir una buena atención médica, pues 53% mencionó estar de acuerdo, 47%

totalmente de acuerdo, 3% en desacuerdo y 3% totalmente en desacuerdo. A la pregunta acerca de si su centro de salud o clínica le informaba sobre el control prenatal, 91% contestó que sí, la relación es: 66% dijo que estaba de acuerdo, 25% totalmente de acuerdo, 7% en desacuerdo y 2% totalmente en desacuerdo. Respecto a si las mujeres dejan de asistir al control prenatal porque la atención hacia ellas es mala, 47% respondió que estaba en desacuerdo, 6% totalmente en desacuerdo, 32% estuvo de acuerdo y 15% totalmente de acuerdo.

Como se aprecia, la mayoría de las mujeres puede asistir a las consultas a centro de salud o clínica, pues como algunas de ellas mencionaron, el servicio es gratuito y se encuentran, en su misma colonia; sobre todo, los centros.

A 61% de las mujeres este embarazo le provocó alegría, a 38% sorpresa y a 1% rechazo. Estar embarazada le resultaba muy aceptable a 37%, aceptable a 60% y poco aceptable a 3%. En cuanto al estado de ánimo durante su embarazo, 79% reportó estar alegre, 11% muy alegre y 10% triste. Ninguna mencionó estar muy triste. Por lo regular, a las mujeres que les causó sorpresa, tienen más hijos y no tenían planeado uno más.

El 60% estuvo en desacuerdo en que el control prenatal sea para las mujeres que durante el embarazo se siente enfermas (mencionaban que era para todas), 4% estuvo totalmente en desacuerdo, 16% de acuerdo y 5% totalmente de acuerdo. Respecto a si asistir al control prenatal es una obligación de las mujeres embarazadas, 49% estuvo de acuerdo 35% totalmente de acuerdo, 13% en desacuerdo y 3% totalmente en desacuerdo. Si debe asistir inmediatamente al médico si tiene molestias, estuvo de acuerdo 51% de las mujeres, 31% totalmente de acuerdo, 16% en desacuerdo y 2% totalmente en desacuerdo. En la pregunta acerca de si las embarazadas deben asistir al control prenatal sólo cuando es su primer embarazo, en los siguientes ya no, la mayoría de las mujeres expresó que el control es para todos sus embarazos, no sólo el primero; 63% dijo estar en desacuerdo y 30% totalmente en desacuerdo. Por el contrario, 4% dijo estar de acuerdo y 3% totalmente de acuerdo.

A algunas mujeres que tienen hijos se les dificulta asistir al control por falta de alguien que se los cuide, 36% de ellas estuvo de acuerdo, y 5% totalmente de

acuerdo. A quienes no les impedía asistir, 53% dijo estar en desacuerdo y 9% totalmente en desacuerdo. Una mujer expuso que su situación económica era "mala", que ya tenía hijos y para ella sí era un problema acudir con ellos a la clínica, pues el médico pedía que la esperaran fuera del consultorio.

Respecto a la relación de las familias de las embarazadas con ellas, se observó que no interfiere en la asistencia al control prenatal, y alientan la asistencia o decisión de asistir a él, salvo en seis casos. Al preguntar si su familia impide que asistan al control, 72% mencionó estar en desacuerdo, 22% totalmente en desacuerdo, 3% de acuerdo y 3% totalmente de acuerdo. Si es innecesario asistir al control prenatal porque su familia las cuida, 55% contestó esta en desacuerdo, 30% totalmente en desacuerdo, 12% de acuerdo y 3% totalmente de acuerdo. Más de la mitad de las embarazadas, 63%, estuvieron en desacuerdo en que las mujeres cercanas a ellas consideraran innecesario el control prenatal; 30% dijo estar totalmente en desacuerdo, 6% de acuerdo y 1% totalmente de acuerdo.

En los casos en que el esposo o pareja estaba de acuerdo en que la mujer asistiera al control prenatal es 47% de acuerdo, 46% está totalmente de acuerdo, 2% está totalmente en desacuerdo y 1% en desacuerdo.

PREGUNTAS ABIERTAS

Hacer preguntas abiertas a las mujeres, permitió que hicieran comentarios de una manera más fácil que con las preguntas de opción. Tuvieron la oportunidad de especificar en lo que querían comentar.

De las cinco mujeres que contestaron que no habían asistido al control, una comentó que rara vez asistía (una vez al médico particular y otra al centro de salud), pero no llevaba un control mensual, la asistencia era muy esporádica. Por tal motivo, no considera que eso sea control prenatal. Otra mencionó que tiene que estar yendo, por eso no le gusta y no asiste. Una más dijo que ella va con la partera. No lo consideró control prenatal y no reportó cada cuándo acude a la partera. Otra de ellas, al contestar las preguntas abiertas, se refirió a embarazos anteriores (no le gusta ir seguido). La última no sabía que podría suceder si asistía, quizá se sentiría mal. Dijo que la habían tratado bien, pero había asistido sólo al diagnóstico.

¿Cómo consideras que ha sido tu estado de salud durante tu embarazo?

Lo que se puede destacar de las respuestas a las preguntas abiertas, es que la mayoría de las mujeres dijo que su estado de salud durante el embarazo era bueno (estaba bien, era bueno o que era normal). Otras dijeron que era estable, regular, más o menos; y otras que su estado de salud era grave, delicado, riesgo de alto riesgo o malo. Una de estas mujeres regresaba de su control prenatal, acompañada de su esposo y su hijo. El doctor le había informado que a sus cuatro meses de embarazo, era probable que el producto estuviera muerto. A la mujer se le veía un semblante de tristeza un poco más marcado que al hombre, sin embargo, al cuestionarlos, los dos parecían realmente afectados por igual.

No se podía ahondar en las preguntas porque casi todas concedían a la encuesta si ésta era rápida. Aparte de esto, si se tardaba un poco la encuesta, se corría el riesgo de que contestaran con menos sinceridad.

¿Qué es lo que piensa tu esposo del control prenatal?

En cuanto a lo que su esposo o pareja opina del control prenatal, la mayoría dijo que es importante para prevenir complicaciones y que está bien que se atienda. El comentario de una señora fue que si por su marido fuera, cada vez que el bebé se moviera, su esposo la mandaba al médico. Algunos no platican con sus esposas pero están de acuerdo en que ellas asistan. La minoría, no le dice nada a su esposa de su embarazo. En tres casos se nota que hay unión de la pareja, puesto que la señora reporta si ella va al control, los dos (ella y el esposo), se sienten más seguros. Los dos casos restantes, mencionan que los dos están de acuerdo.

Algunos esposos opinan que es más seguro para el bebé y la mamá, mientras otros —los menos— exteriorizan que es bueno para el bebé y no mencionan a la madre. Incluso, una mujer mencionó que su esposo la lleva sólo para ver cómo está el bebé. Otros solamente dicen a su esposa que vaya. En general, opinan que está bien, por el bebé y la madre. Toman en cuenta (mencionan) que es una consulta cada mes. Son pocos los hombres que no dicen nada a su esposa del embarazo, y son quienes mandan a sus esposas al control, al parecer, sin violencia. Dicen que no les dicen nada pero le pregunta cómo se siente. Un hombre calificó de buena idea el control prenatal. Otro mencionó a su esposa que

acudiera, que no fuera dejada. Una mujer más comentó "No me dice nada, sólo que si ya sabía que me ponía mala en ese estado, por que no me había operado".

Tres de las mujeres de la muestra, eran solteras, y una de ellas dijo que ya no estaba con su pareja porque la había agredido al enterarse de que estaba embarazada y lo dejó.

¿Qué crees que suceda si asistes al control prenatal?

En general las mujeres contestaron que si acuden al control les irá bien en su embarazo, que evitarán complicaciones y su bebé saldrá bien. Estos comentarios son como una definición del control prenatal. Una dijo que no sucedería nada, que le iban a dar medicina, otra tenía angustia por los resultados que le habían ordenado, otra dijo que no hacía daño y unas pocas no sabía que sucedería.

¿Qué es lo que no te gusta del control prenatal?

La mayoría de las mujeres mencionó que no había algo que no les gustara del control prenatal, o que las habían atendido bien hasta el momento o que sí les gusta. Muy pocas dijeron que no sabían que era lo que no les gustaba.

Sin embargo, las mujeres que dijeron que no les gustaba algo, se refirieron a la larga espera de la consulta y el tacto. La tardanza para ser atendidas, fue lo más sobresaliente. Una mencionó que no le gustaba que le tocaran su "estomaguito", pero aún había asistido a su médico particular (porque ahí no espera su turno) y al centro de salud. Otra expresó que no le gustaba que la auscultaran porque hay médicos morbosos y no son profesionales. Seis de las mujeres, dijeron que los médicos no explicaban o que las regañaban o no les ponen suficiente atención. Una de ellas asistió al seguro porque no sentía el producto y el doctor le dijo que no le quitara el tiempo porque había pacientes más importantes. Otra esperó al médico durante dos horas y no llegó. Una mujer dijo que las enfermeras las tratan como animales y se tardan mucho.

Para otras, el problema es con quién dejar a sus hijos pequeños, o la preocupación de dejarlos en la sala de espera.

Con el levantamiento de la encuesta se observó que la actitud favorable de las mujeres hacia el control prenatal es igual a la relación con la asistencia a éste.

Las mujeres que iban al control prenatal, tenían una actitud favorable hacia

él La actitud desfavorable fue hacia la atención de los servicios de salud

4.3. Discusión

Esta investigación surge porque la Jurisdicción Sanitaria número 14 de Tlalnepantla estaba interesada en saber por qué las mujeres no asisten a las consultas de control prenatal. La Jurisdicción reportó que Tlalnepantla tiene el más alto índice nacional de asistencia al control prenatal: tres asistencias, sin embargo, el número mínimo de asistencia debiera ser cinco

Muchas de las mujeres a quienes se solicitó entrevistarlas no accedieron y argumentaron que no tenían tiempo; que tenían prisa, que tenían que ir por sus hijos, o al médico al centro de salud (control prenatal) A una de esas mujeres, se le buscó en el jardín de niños y ahí, amablemente contestó el cuestionario. Al pedirle que lo contestara, una mujer lo dudó, preguntó de qué se trataba y para qué era, se le explicó pero aun así no accedió. Otra mujer contestó con un rotundo y cortante "no"; sin dar oportunidad a que se le explicara ampliamente.

De acuerdo a los datos obtenidos con las encuestas de realizadas en esta investigación, se observa que las mujeres iniciaron su maternidad a edad no muy avanzada. La escolaridad no es muy baja en relación al promedio nacional, que es de primaria. Esto es notorio ya que Tlalnepantla es un municipio popular. Sin embargo, la mayoría de ellas se dedica al hogar, aun las que tienen nivel medio de escolaridad.

Las actitudes se construyen con base en el propio conocimiento y experiencia de la persona, por ello es que la cultura las determina también en cierto grado. Pero pueden no ser tan "rígidas" e influir en la decisión de la persona ante diferentes aspectos y situaciones que beneficiarían la vida de esa persona

Se esperaba que fueran pocas las mujeres que asistieran al control prenatal, pero por el contrario, la mayoría de la muestra asistía Como menciona Infante Castañeda (1990), no existe consenso sobre el número de consultas de control prenatal, pero estas mujeres asistieron en promedio una vez por mes. Cabe mencionar que algunas expresaron abiertamente que no les gustaba hacerlo. Estas mujeres sólo asisten al diagnóstico del embarazo, por tal motivo ellas lo manejan como si fueran al control prenatal.

Más de la mitad de la muestra, estuvo en desacuerdo en que el control prenatal sea para las mujeres que durante el embarazo se sienten enfermas, pero todas comentaron que era para todas. Esto es, que se sientan enfermas o no, el control es necesario, es probable que las otras mujeres pensarán que en caso de sentirse mal, era más necesario el control.

Las cinco mujeres que no asisten dejan ver una actitud desfavorable hacia lo que implica ir constantemente al control prenatal., aceptar que la revisen o y las hagan esperar. Mencionan el hecho de tener que asistir, como de sentir molestia por tener que ir, pero que van porque saben que es necesario, que las chequeen o que van mientras nada negativo les ocurra.

Tal vez el grado de educación forme parte en estos casos. La mujer que dio a luz a su hijo en la casa de una partera, lo dijo muy convencida y su nivel escolar es de primaria terminada. Quizá, como menciona Castañeda (1992), el número de mujeres que asisten con la partera tiende a decrecer por la inserción en México de la modernidad médica. Lo que es importante indagar es cómo se promueve esta modernidad en el pensamiento de la población y específicamente de las mujeres. Si los medios de comunicación se encargan de transmitir estas ideas. No hay que olvidar que los medios masivos de comunicación se encargan de la educación de los individuos, cada día por, precisamente, ser masivos. Las parteras es una costumbre de muchos años atrás. Otro aspecto que menciona el autor es que en las regiones muy alejadas de los centros urbanos, muchas veces la medicina tradicional es la única opción con que cuenta la población. Mientras se realizaba la encuesta, una de las señoras entrevistadas (asistía a médico particular) era dueña de una farmacia, y comentó que mujeres embarazadas de las partes más altas de la colonia (más alejadas del centro, pues la colonia -Jorge Jiménez Cantú- está en un cerro), acudían a ella para pedirle alguna medicina y le explicaban que la partera les había revisado su embarazo.

En otro caso de una mujer asistente a la partera, es que la mujer vivía en una de las colonias más populares de donde se realizaron encuestas. Aunque, es aventurado mencionar esto, pues no se sabe qué tan lejos de los servicios de salud vivía.

Una partera que se encontraba en el hospital de Ticomán mencionó en entrevista que ella acomodaba a los bebés de las mujeres que acudían a ella, pero cuando es necesario las remite al centro de salud. También comentó que los

médicos ya la conocen y lo que platica con ellos es útil para tratar a las mujeres que la visitan

Se puede hablar también que las cuestiones de género, en particular del papel de género, que se forma con lo que dicta la sociedad. A la mujer le corresponde lo maternal lo privado y la limitación de su potencialidad. Esto influye en la manera en como la mujer percibe un proceso natural y normal: me refiero a la maternidad, que es adjudicada a la mujer como algo exclusivo y divino, que puede no estar en manos de un médico, precisamente por ser algo "natural" de la mujer.

Martínez (1990) menciona que el IMSS considera que el control debe realizarse desde el primer trimestre y tener por lo menos siete consultas. La médica Lizbeth Matias dijo en entrevista que los primeros tres meses son fundamentales para el control.

El mismo autor informa que los factores que pueden modificar la probabilidad de utilizar adecuadamente la atención prenatal son las características propias de la mujer (nivel de escolaridad, edad, ocupación, deseo de estar embarazada, estado civil, ingreso, lugar residencia) y las del servicio de salud. Lo cierto es que los servicios de salud sí entorpecen la asistencia satisfactoria al control prenatal. La actitud desfavorable hacia el control prenatal se manifiesta en la queja de la espera en las instituciones para ser atendidas y algunas en el desempeño de los médicos y enfermeras.

En algunos casos las mujeres expresaron que los médicos no revisan bien, que algunos son morbosos, que no explican bien, que hay otros que regañan, que no ponen atención a la mujer, que realizan tacto o que los médicos nunca llegan a la institución. En un caso, una señora dijo que las enfermeras las atendían como si las pacientes fueran animales.

Una mujer contó que ella había asistido al seguro porque sentía que su hijo no se movía, al ser atendida por el médico, éste le dijo que estaba bien y que no le quitara tiempo porque tenía pacientes más importantes que ella.

Otra mencionó que para ella era un problema acudir con sus hijos a la clínica, pues el médico pedía que la esperaran fuera del consultorio.

Esto coincide con lo mencionado por De la Fuente (1992), sobre el autoritarismo, que es el recurso más poderoso con que cuenta el médico. Por lo que se ve, es una autoridad irracional, pues no tiene nada que ver con el

conocimiento médico, sino con el despotismo. El sentido humano de la medicina se está perdiendo a los médicos les falta vocación y compasión. Se pierde el modelo humanístico, en el que el paciente es visto como persona y se hace común el modelo técnico, que ve la paciente como un objeto para examinar y manipular. Las consultas se hacen menos íntimas.

El jefe de la unidad de infectología del Instituto Nacional de Perinatología, Gerardo Casanova, comentó en entrevista que el sentido humano de la relación médico paciente se está perdiendo, ya no hay humanidad. Opina que los médicos jóvenes no son sensibles al dolor humano, su desempeño médico llega a ser rutinario. Además, algunos médicos ven su profesión como un negocio.

Como en todas las disciplinas, en la medicina existen profesionales sin ética los servicios médicos se convierten en servicios lucrativos. Muchos de los médicos que atienden en instituciones tienen consultorios privados, en los cuales muchas veces, dan mejor atención a sus pacientes. En la práctica privada la consulta ha obtenido mayor valor, lo que ha producido la identificación del paciente como una mercancía. Ese valor mercantil que se le da a la persona, puede traer como consecuencia la deshumanización.

En la conferencia La salud en el servicio en el siglo XXI, la investigadora Josefina Vázquez reportó los resultados de una encuesta acerca de las disciplinas en las cuales existen más profesionales corruptos, realizada por Berumen y asociados, y son las empresas administrativas, los ingenieros y los médicos.

Algunos médicos de instituciones privadas tienen también consultorios privados, donde muchas veces cobran un precio muy alto, y por lo regular, ahí sí dedican tiempo y atención al usuario. Otros médicos, cobran por estudios que realmente no son necesarios. A veces canalizan al paciente con colegas con quienes tienen previo acuerdo de una comisión. Algunos otros cobran un precio elevado, pero tampoco dan la mejor atención.

El interés del paciente por su propia salud forma parte de la relación médico paciente, pues es cierto que existe abuso de poder entre los médicos; pero muchas veces la persona deja en el médico toda la responsabilidad de su propia salud. Si el tratamiento no da resultado, el usuario pensará que la culpa es del médico. La investigación sobre la relación médico -paciente, se vuelve necesaria para identificar los factores específicos que hacen que el desempeño del médico sea insatisfactoria para el paciente, en este caso, para las mujeres asistentes al

control prenatal Tomar en cuenta la relacion medico paciente dentro de la consulta y al momento del parto, indagar si el medico es el mismo que ha llevado el control del embarazo y si le da confianza a la madre en ese momento.

Una usuaria del Instituto Nacional de Perinatología, en entrevista opinó que las médicas, son menos sensibles y que al tratarlas hacen comentarios como: “no duele”, “no es para tanto”. Ella percibe que las médicas creen son más fuertes que las pacientes y no hay solidaridad hacia la mujer que acude a su servicio. La mayoría de los médicos son hombres, y es posible que la médica no pueda llamar la atención a ninguno de ellos (por ser hombre) y se desahogue con la paciente. Lo que le causó esta opinión es que se sintió ofendida por una médica que la culpó a ella de su problema y no al esposo. Un comentario final, es que los médicos (algunos) hacen caso al paciente sólo cuando hay dinero de por medio.

Pero retomando el comentario sobre la médica, éste coincide de cierta manera con el de la señora que prefería ser atendida por un médico hombre porque “ellos saben más”. Las cuestiones de género parecen y claramente se observa el poco poder que tiene la mujer en la sociedad. A los hombres culturalmente se les ha fomentado la inteligencia y la capacidad de resolver los problemas tanto de él, como de la mujer. En este caso, una mujer se pone en manos de un hombre. En la cultura mexicana, la mujer es subestimada por el hombre, y pone toda su confianza en un médico hombre, porque él sabe más. Algunas otras confiarán más en una mujer porque es del mismo sexo y no existirá vergüenza ante ella.

Retomando el comentario del trato de las enfermeras hacia la usuaria, coincide con lo dicho por la doctora Matías, que abusan de su autoridad que le da el conocimiento que tienen acerca de la salud de la población que tienen a su cargo. Es común escuchar a la gente decir que las enfermeras son autoritarias, déspotas y no son cuidadosas en el trato al paciente.

Respecto al trabajo de las enfermeras, Sharon y Leonide (1995) mencionan que las enfermeras deben transmitir confianza, respeto y seguridad. Estos autores proponen que si la enfermera tiene tiempo, realice una encuesta que contenga preguntas acerca de la actitud hacia el embarazo. Sin embargo, en las instituciones de las que se ha hablado, es difícil que una enfermera tenga el tiempo para hacerlo. Aunque, como menciona la doctora Matías, por esa misma sobrecarga de trabajo, es ella quien recibe a las usuarias. Tal vez en este

momento le transmitan a la mujer la confianza que ellas necesitan para continuar con su control y no claudiquen. No hay que olvidar que a pesar de ser un comentario muy generalizado en la voz popular, en la muestra estudiada sólo una persona hizo un comentario negativa hacia estas prestadoras de servicio. Algo que no hay que olvidar es que esas prestadoras son mujeres, que pueden estar involucradas en desigualdad o violencia de género.

Ahora bien, es importante tomar en cuenta si la mujer está acostumbrada a un trato semejante al que le brinda la enfermera, o cree que no tiene derecho a exigir un buen trato. Pues aunque sea pocas mujeres, en la encuesta realizada, mencionaron que no tienen derecho a exigir buena atención.

Otro aspecto que influye en el desempeño de los médicos y las enfermeras es la saturación de trabajo. La población es mucha y más, si se toma en cuenta la migración. Aunque la mayoría tenía ya mucho tiempo viviendo en Tlalnepantla y el Distrito Federal, algunas mujeres migraron de los estados de la república la sobrecarga de pacientes provoca que la atención al paciente sea de baja calidad, que sea corta y no dé la oportunidad, en este caso a la mujer, de exponer todas sus dudas e inquietudes.

Puede suceder, como dice De la Fuente, que el médico no se dé cuenta de lo destructivo de sus palabras y acciones, y hay que tomar en cuenta que tanto en los centros de salud como en las clínicas, los médicos son asignados a los pacientes, y encima de esto, muchas veces cada cita es con un médico diferente.

Tal vez muchos médicos se den tiempo para brindar una buena atención médica; incluso muchas veces la ineficiencia de los servicios de salud se le adjudican al médico. Sin embargo, muchas veces se les puede acusar injustamente, pues otros servidores pueden ser los causantes de ello.

Estos podrían ser los sistemas imperantes en las unidades de atención médica en el sector salud. Esos sistemas están formados por profesionistas (enfermeras, trabajadores sociales) o no profesionistas (personal administrativo, intendencia, etcétera), que no realizan sus actividades en beneficio de la comunidad. Por ejemplo, los sindicatos protegen a los trabajadores y los médicos, aunque estén interesados en servir a los usuarios, no lo pueden lograr por esas barreras.

Langer (1995) opina que los servidores de salud y los usuarios deben de tener comunicación entre sí. Si la atención es buena, las mujeres seguirán

asistiendo

Pero las instalaciones de salud pública en nuestro país no cuentan con lo que para la autora es primordial: que cuenten con buena iluminación, privacidad y los profesionales de la salud parecen no estar realmente comprometidos con obligación de servidores.

No hay que olvidar, como mencionan DIF y UNICEF (1998) que la violencia institucional es otro aspecto de la desigualdad en la mujer, pues en el momento del parto pueden sufrir violencia, con cesáreas inconsultas, esterilización, y maltrato en ese momento por el médico

Sin embargo, De la Fuente (1992) menciona que la burocratización en la medicina ha interpuesto muchos trámites. Ciertamente es que como menciona Figueroa (1991), existen normas dentro de las instituciones, pero que eso sea menor que el compromiso que se tiene con los pacientes

Es indispensable indagar si los prestadores de salud están realmente comprometidos con los pacientes, si no están bien preparados y si han tomado o no en cuenta las cuestiones de género. Pues como menciona Campero (1996) las mujeres enferman y mueren de diferente manera que los hombres. También indicó que los trabajadores de la salud ven a las madres como las únicas encargadas de nutrir, acompañar y cuidar a los hijos, es decir, que en los programas de salud se relega a la madre desempeñar tareas sociales como si se tratara de algo natural. Barnett (1998) apunta la importancia de establecer programas sensibles a las diferencias de género.

Una trabajadora social de la Cruz Roja de La Presa comentó que muy pocas mujeres asisten al control prenatal, que en esa colonia asistía menos de 50% de embarazadas. También comentó que el control se confunde con anticonceptivos. Que la mujer que asiste cada mes es rara. No asisten a sus consultas y al momento del parto aparecen problemas: están estrechas, tiene preclampsia, y en ese hospital que es pequeño, no se les puede dar la atención necesaria. Y que las mujeres asisten en su primer embarazo, y en los siguientes ya no. Para finalizar dijo: "Qué bueno que están haciendo esa investigación".

Hay que tomar en cuenta que la Cruz Roja no se encarga del control prenatal como lo hacen los centros de salud, por lo tanto, es probable que esas mujeres que no asisten a la Cruz Roja, lo hagan a su centro de salud o clínica, donde les dan un pase a un hospital para recibir atención en el parto.

Newverger (1992) y Mayer (1995) un reflejo de la diferencia entre los géneros es la falta de autonomía femenina para tomar decisiones de su cuerpo y su sexualidad, de acuerdo a normas culturales y vigiladas por varones específicos de su entorno. Entre las mujeres encuestadas, se vio un caso en que el esposo relegaba a la mujer toda la responsabilidad del embarazo, sin embargo, no significa que la mujer sea autónoma en sus decisiones, sino que el esposo de desliga de toda responsabilidad, y hasta cierto punto, interfiere en la decisión de la mujer, a quien su esposo comenta acerca del control prenatal: "No me dice nada, Sólo que si ya sabía que me pongo mal, por qué no me había operado"

Coincidiendo con Venguer (1998), que durante el embarazo la violencia hacia la mujer aumenta, una mujer afirmó que al enterarse de que estaba embarazada, su pareja la había agredido

Sería conveniente realizar estudios para comparar las necesidades de hombre y mujeres para corregir la falta de igualdad de género en el diseño de programas de atención a la salud. Vincular la condición de género y la salud, y más que fomentar la educación de la salud en las mujeres, fomentar la educación en general y alfabetizar. Por ejemplo, otro de los inconvenientes que se presentaron con las mujeres en las entrevistas, respecto al control prenatal, fue simplemente el término. Muchas lo confundieron con planificación familiar, al escuchar la palabra control.

Un comentario al respecto lo hizo el jefe de ginecología del Hospital General de Ticomán: es necesario que se explique qué es el control prenatal, antes de realizar la encuesta, pues es un término no muy conocido.

Sharon y Leonide (1995) proponen que si la enfermera tiene tiempo, realiza preguntas a la paciente. Pero en México muchas veces la enfermera se ocupa de alguna parte de la consulta, porque el médico no tiene tiempo de atender a toda la gente, por lo tanto, la enfermera no tendrá tiempo de entrevistar a la madre. Sería conveniente introducir la entrevista por parte de las enfermeras, para un mejor control, pero en las instituciones encargadas de los sectores más desfavorecidos de la ciudad es demasiado difícil hacer esto. Pero hay que

recapacitar en que quien decide dedicarse a los servicios de salud tiene un compromiso moral.

Las enfermeras, como mencionó la médica Matías, tienen el control de la situación de los pacientes. De esto surge una pregunta Es imposible negar que

hay médicos bien preparados y con ética profesional, pero, como se mencionó antes, ellos mismos están expuestos al manejo de la propia institución, expuestos a el manejo de trabajadores sociales, afanadores y hasta de las mismas enfermeras. Entonces ¿quién realmente se interesa por cambiar los aspectos negativos del servicio? Es posible que las mujeres generalicen y atribuyan al médico la culpa del mal servicio, pero muchas veces se debe a la falta de ética o de preparación de los administrativos, de las enfermeras o de los directivos de las instituciones. O simplemente cuestiones ajenas a estas, como es el caso de la migración, que satura los servicios. Muchas mujeres de la muestra eran originarias de estados de la república, algunas tenían poco tiempo de haber llegado al Distrito Federal, por lo que se puede preguntar, cuál sería el nivel de atención que ellas podrían recibir en sus estados, y si el trato difiere del que reciben aquí.

Pero como mencioné antes, no hay que olvidar que en bastantes ocasiones los médicos pueden ser la causa de la inasistencia por su supuesta omnipotencia, autoritarismo, etcétera; son impuntuales con sus usuarios y además de todo regañan a la gente

La calidad de la atención es mala en opinión de muchas mujeres, pues el retardo de la consulta médica es falta de calidad en los servicios de salud.

Hablando de las cuestiones de género, otro aspecto es que a la mujer se le atribuye la vida privada, y al hombre la pública, por eso, aunque la mujer labore fuera de casa, se les ve más como madres y amas de casa. En la encuesta se dejó ver el alto porcentaje de mujeres que se dedican al hogar, incluso las que tienen un nivel académico más alto. Las mujeres todavía siguen entregadas a la vida privada que les confiere el trabajo doméstico.

Tal vez algunas de las mujeres que trabajan fuera del hogar no puedan asistir a control prenatal, porque su horario de labores coincide con el horario de atención de los centros o clínicas. Además de su trabajo doméstico, tienen que cumplir con el extradoméstico.

Ante todo esto, no hay que olvidar la importancia de la salud reproductiva, que desde la década de los noventa ha centrado su atención en la salud de la mujer. Un enfoque de salud reproductiva permite reconocer que la mortalidad materna es el principal indicador del desarrollo de la salud de las mujeres, probablemente asociados al ejercicio de su sexualidad.

La violencia de género es un factor que impide la consecución de la salud reproductiva, la situación en desventaja de la mujer, es una barrera para el desarrollo de su salud, tanto físico como psicológico.

CONCLUSIONES

Con los resultados encontrados en esta investigación, se comprueba la hipótesis planteada. La actitud favorable de las mujeres hacia el control prenatal, tiene relación con la asistencia a éste. Se cumplió con el objetivo identificar la actitud de las mujeres embarazadas mayores de 20 años ante el control prenatal.

Lo que se identificó fue que la actitud hacia el tiempo de espera en los servicios de salud y el mal trato por los servidores de salud, es desfavorable para muchas mujeres en cuanto a su actitud para asistir. Fue notoria la queja de éstas al abordar aspectos relacionados con el centro de salud y las clínicas.

A pesar de ello, las mujeres asisten hoy con mayor regularidad y eso no fue una barrera para que asistieran al control prenatal, por lo menos a las consultas de diagnóstico de embarazo. Es importante señalar que las mujeres que ya habían tenido hijos parecían no asistir, en cambio en el actual lo hacen cada mes.

En sí sobre el control prenatal, cabe mencionar que el término no es muy fácil de aprenderse o apropiarse por la gente, convendría usar un término con palabras más cotidianas. Aparte de esto, al decir control la gente lo confunde con planificación familiar.

Es necesario que el sector salud, considerando a todos los servidores públicos de la salud, tome en cuenta el enfoque de salud reproductiva y la línea que se ha seguido desde la Cuarta Conferencia de El Cairo (1994), centrandose en la salud de la mujer. Que se continúe trabajando para lograr la equidad de la mujer, propiciar que se valore a sí misma y se promueva en ella el interés por preservar su salud y no dependa de terceros.

Es importante que la desigualdad de género se tome en cuenta por parte de los servidores de la salud como un problema público, que se prevenga y se detecte; pues las mujeres tarde o temprano llegarán a alguna institución de salud por causa de la violencia. Por ejemplo, un aborto causado por golpes, que podría conducir a una mortalidad materna.

Los médicos muchas veces abusan de su posición y se olvidan de la parte humana entre el médico y el paciente, pero en algunas ocasiones, ellos no son los culpables de la mala atención. Sin embargo, los usuarios los culpan a ellos. Esa mala atención se puede deber al manejo de la institución por parte de trabajadores sociales, enfermeras, otros médicos, personal de intendencia, etcétera.

Las mujeres que asisten a instituciones públicas a su control, esperan mucho tiempo para ser atendidas y la consulta es muy rápida y sencilla, por lo que tal vez no se percatan de su importancia. Es conveniente difundir la importancia y significado de la vigilancia médica durante el embarazo. Es difícil, pero es necesaria la divulgación en los medios masivos de comunicación.

Considero importante y necesario que los acuerdos sobre Salud Reproductiva, por parte de la OMS, o de las Naciones Unidas o cualquier otro fondo; sean tomados en cuenta por los profesionales de la salud. Asimismo el trabajo multidisciplinario o interdisciplinario en aspectos de salud. Médicos, psicólogos, trabajadores sociales, y otros profesionales deben conocer y aplicar el enfoque de la salud reproductiva y terminar con prejuicios, pues un ejemplo es el hecho de que a muchas mujeres las dejen sin atención cuando llegan a una institución, por causa de un aborto. La mayoría de las veces, el personal culpa a las mujeres de haber provocado la situación.

Es importante y necesario sensibilizar a toda la sociedad sobre la equidad de género, sobre todo preparar a los proveedores de servicios de salud. No hay que dejar de tomar en cuenta que las trabajadoras sociales, las enfermeras y las médicas, son mujeres, mismas que también pueden enfrentarse a la violencia doméstica, institucional, laboral, etcétera. Preparar a los proveedores de los servicios de salud para acabar con la desigualdad de género.

Tal vez realizar análisis comparativos de las necesidades y demandas de servicios de salud por parte de mujeres y los hombres, pueda ayudar a detectar y corregir las deficiencias en los servicios.

También se necesita llegar a toda la población, pues hasta en aquella que se pensaría que existen menos prejuicios y tabús, los hay. Por lo que hay que tomar en cuenta la edad de cada persona y así saber qué problemática atacar, pues no es lo mismo un hombre de veinte años que uno de sesenta. Por ejemplo, el catedrático en Derecho, Raúl Carrancá calificó de mentes torcidas a las personas que modificaron la reforma en el ámbito legislativo, a favor de las mujeres (la propuesta de reforma fue de las mujeres legisladoras). El trabajo con mujeres de contexto social marginal y del ámbito rural, es necesario para explorar las cuestiones de género y salud reproductiva.

Así mismo, el hombre puede comenzar a tomar parte más a fondo de la reproducción y no delegar la responsabilidad a la mujer. Promover la educación general para la mujer, atacaría la mencionada inequidad en la sociedad. Los pocos hombres que

acompañaban a la esposa cuando se encuestó, ponían atención en la entrevista y contestaban cuando la pregunta se refería a ellos o a su esposa solamente

Las investigaciones son una puerta abierta para encontrar solución a aquellos problemas sociales tan arraigados en nuestra cultura. Para comenzar, el trabajo con mujeres de contexto urbano marginal, de comunidades rurales y discapacitadas, piden atención. La planificación familiar ha sido promovida por el sector salud, pero es necesario difundirla más y educar a la comunidad, pues con dicha planificación se salva la vida de mujeres –y niños-, permite el espaciamiento entre los hijos, previene abortos y complicaciones en el parto.

Es importante el apoyo de los medios masivos de comunicación, pues son punto clave para crear consciencia en la sociedad sobre la necesidad de equidad de género, y así como de diferentes disciplinas y de las herramientas con que éstas cuentan.

En cuanto al instrumento utilizado, sería interesante señalar que en muchos casos se observó que coartaba la libre expresión de quien lo contestó. Por ello se recomienda la utilización de otra estrategia que lo complementa. expresión de quien contesta.

Una entrevista sería apta para recolectar los comentarios de las personas, sin que estas se limiten o contesten sin entender la pregunta y las opciones de respuesta. Es primordial convencer a la gente de que es necesaria su ayuda para fines de investigación y que será confidencial.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar G., José Á. y Mayén H., B. (1996) (comp), *Hablemos de sexualidad. Lecturas*, México, Consejo Nacional de Poblacion y Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 347 págs
- Álvaro, José L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (1996) *Psicología social aplicada*, México, McGraw Hill.
- Barnett, B, “La planificación familiar y la vida de las mujeres”, *Network en español*, vol. 18, no. 4, verano de 1998, pág.27.
- Barzelatto, José (1995) “Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional” (conferencia magistral), en *Memoria* de la Reunión Nacional de Donatarios del Programa de Salud Reproductiva y Población de la Fundación Ford en México, Cuernavaca, Morelos, julio de 1995.
- Bermúdez, Guillermo, “Psicología social. El enfoque genético-histórico”, en Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, *Información Científica y Tecnológica*, vol. 8, núm 88, enero de 1984, págs 40-42.
- Campero-Cuenca, L., “Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género”, *Salud Pública de México*, vol. 38, México, 1996, págs. 217-222.
- Castañeda Camey, Xóchitl, “Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos”, *Salud Pública de México*, vol. 34, 1992, págs. 528-532.
- Cea D’Ancona, Ma. de los Ángeles. “La encuesta psicosocial”, en Clemente Díaz Miguel (coord.) (1992), *Psicología social. Métodos y técnicas de investigación*, Eudema Universidad.
- Colliers, G., H. L. Minton y Reynolds, G. (1996) *Escenarios y tendencias de la psicología social*, Madrid, Editorial Tecnos.
- Directivo Médico*, vol. VI, núm. 6, noviembre-diciembre de 1999.
- Dumet Hinostraza, F., “Salud reproductiva, algo más que un concepto”.
<http://www.hoy.net/de-htm/libro6/salud/salud04htm>.

- Durán G., L. I., "Eficiencia en la prestación de los servicios de salud", *Salud Pública de México*, vol. 34, 1992, págs. 46-61
- Faundes, A., "Control prenatal", en Pérez S., Alfredo y Donosa S., E. *Obstetricia*, Chile, Editorial Mediterráneo, 1992, 779 págs
- Figueroa Perea, J. G., "Comportamiento reproductivo y salud. reflexiones a partir de la prestación de servicio", *Salud Pública de México*, vol. 33, 1991, págs. 590-601
- Finger, William R, "Mejoras en los servicios y la perspectiva del cliente", *Network en español*, vol. 19, no. 1, otoño de 1998, págs. 10-13
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (Unifem), Procuraduría General de la República (PGR) y Comisión Nacional de la Mujer (Conmujer) (2000). *El cuerpo del delito: los derechos humanos de las mujeres en la justicia penal*, manual del Programa de Capacitación acerca de los Derechos Humanos de las Mujeres y la Violencia de Género, por Patricia Olamendi Torres, México, 96 págs
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, (1996). *Directory of training courses in reproductive health 1996-1997*, edición en inglés, español y francés, Nueva York, 250 págs.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (1997). *Instituciones de salud sexual y reproductiva del adolescente en América Latina. Inventario 1997*, (s.p.i.), la paginación varía.
- Fuente, de la, R. (1992). *Psicología médica*, México, Fondo de Cultura Económica, 445 págs.
- Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam) (1995). *Perspectiva hacia el siglo XXI: la nueva cultura de la salud sexual*, texto y edición Alonso López Juárez y Paola Lazo Corvera, México, 63 págs.
- Gómez de León, José (coord.) (1995). *La demanda de servicios de salud en México. Un análisis econométrico*, México, Consejo Nacional de Población (Conapo), 90 pp (Serie Estudios Sectoriales).
- González Franco, Karla y Roberto Tovar Gutiérrez, "Un análisis sobre la supuesta participación masculina en el trabajo doméstico", México, 1994, tesis (licenciatura en psicología) UNAM, campus Iztacala.
- Gross, Richard D. (1998). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*, 2ª. ed., México, El Manual Moderno.

- Hernández-Matheson, Ingrid M (1996). *La evaluación del desempeño del personal de salud como un indicador de la calidad de los servicios de salud*, Chile, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 52 pags (Technical Documents Series no 3).
- Hernández S, Roberto, Baptista Lucio, F, y Fernandez C. (1991). *Metodología de la investigación*, México, McGraw-Hill
- Hewstone, M. *et al.*, (1994). *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea*
- Infante-Castañeda, C., "Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes de ayuda", *Salud Pública de México*, vol. 32, 1990, págs. 419-429.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (Unifem) (1995). *La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX*. México, 161 págs
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y Comisión Nacional de la Mujer (Conmujer), *Mujeres y hombres de México*, 4^a. ed , México, 2000, 393 págs.
- Salinas M. Ana M., *et al.* (edit.) (1998). *Cuidados para el embarazo, parto y bebé*, Instituto Nacional de Perinatología (INPer), México.
- Klineberg, Otto, (1975). *Psicología Social*, México, Fondo de Cultura Económica, 582 págs.
- Lamas, Marta (comp.) (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Programa Universitario de Estudio de Género UNAM/Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, 367 págs. (Col. Las Ciencias Sociales, serie Estudios de Género).
- Langer, Ana, "La calidad de la atención a la salud reproductiva, un desafío para los servicios de salud", en Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México y The Population Council, *Calidad de la atención. Aportes México*, 1995, 67 págs.
- Lineamientos del SPI. "<http://www.fmed.uba.ar/mspba/lnessit.htm>"

- Martínez G, Lidia, Reyes F Sandra y García F, María del C "Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud Pública de México*, vol. 38, núm 5, septiembre-octubre de 1996, págs 341-351.
- Maternal Health and Safe Motherhood Programme (1994) *Research progress report 1987-1992*, Ginebra, Division of Family Health, , 76 págs.
- Mendez Ramírez, Ignacio *et al.*, (2000) *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*, 2ª. ed., 7ª reimp., México, Trillas, 210 págs
- Mercado, E., Guadalupe (1999). *Violencia familiar: una cuestión de género. Documento de apoyo para participantes*, México, Secretaría de desarrollo social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, 47 págs
- Mondragón C, Héctor (1992). *Obstetricia básica ilustrada*, México, Trillas, 822 págs
- Morales, Francisco y Reboloso, Enrique (1996). "Actitudes", en Francisco Morales y Miguel Olza (coord.), *Psicología social y trabajo social*, España, McGraw-Hill, 619 págs.
- Murillo, A., "Mortalidad materna en el IMSS", *Salud Pública de México*, vol. 5, no. 35, 1996.
- Myers, David G (1995). *Psicología social*. México, McGraw Hill.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), "La salud reproductiva", *Salud Mundial*, año 47, no. 3, mayo-junio de 1994, pág 30.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Orientaciones estratégicas y programáticas 1999-2002*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), *Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas*, (s.p.i), 40 págs.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). *Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa*, México, 30 págs.
- Ortigoza C, Eduardo (1999). *Programa de salud sexual y reproductiva del adolescente*, Salud Reproductiva.

- Ortigoza C, Eduardo y Martínez S, C "Educación comunitaria en salud perinatal", *Revista de Perinatología*, vol 4, núm 1, enero-marzo de 1990
- Pacheco, Gerardo, "La crisis de la psicología social", en Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, *Información Científica y Tecnológica*, vol. 8, núm 88, enero de 1984, págs 33-35
- Paulson, S. "Comprender las cuestiones de género puede hacer que mejoren los servicios", *Network en español*, vol. 18, no 4, verano de 1998, pág. 33.
- Pernoll, Martin L. y Mih, C. "Embarazo normal y cuidados prenatales", en H. Decherny H. Alan y. Pernoll, L. Martin (1997) *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*, México, El Manual Moderno, 1535 págs
- "Plan nacional de reducción de la mortalidad materna: el caso de República Dominicana", *Salud Reproductiva: Políticas y Gerencia*, boletín del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), OPS/OMS y Universidad de Costa Rica (UCR), no 4, junio de 1997, págs. 5-6.
- Reeder Sharon, J., Leonide M. y Koniak, D. (1995). *Enfermería materno infantil*, México, McGraw-Hill, 1421 págs.
- Rodríguez R., Gabriela (1996). "Sexualidad juvenil", *Jóvenes: una evaluación del conocimiento. La investigación sobre juventud en México. 1986-1996*. (Colección Jóvenes), págs. 91-133.
- Salud Reproductiva. "<http://www.hoy.net/de-htm/libro6/salud/salud08.htm>"
- Salleras Sanmartí, L., y Gómez L. L. I. "Salud materno infantil", en Piédrola G, G., M., Domínguez C. y Del Rey C. J. (1991). *Medicina preventiva y salud pública*, España, Salvat, pág. 1107 (Ediciones Científicas y Técnicas).
- Saucedo G., Irma, "La relación violencia-salud reproductiva: un nuevo campo de investigación", en El Colegio de México, *Boletín Salud Reproductiva y Sociedad*, México, año II, núm. 6-7, mayo diciembre de 1995, págs. 3-9.
- Secretaría de Salud, *El derecho a la libre decisión. La norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar: aspectos relevantes*, con colaboración especial de Pathfinder México, México, Dirección General de Salud Reproductiva, (s.a., sin paginación).

Shane, Barbara (1997) *Planificación familiar salvando las vidas de madres y niños*, traducción al español de Angeles Estrada, 3ª ed., Washington, DC, Population Reference Bureau, 24 págs

“Se registran más de mil muertes de mujeres embarazadas anualmente por falta de atención médica”, México, todito.com, 15 de marzo del 2000.

IV Simposio Internacional Conamed, México (2000) *Memoria: Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente*, México, Dirección General de Compilación y Seguimiento Conamed, 2000, 203 págs.

Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar, México, (1992). *La planificación familiar en las áreas rurales de América Latina*, Mexfam/Pathfinder Internacional/The Population Council, México, 1992.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) (1999). *Taller de salud sexual y reproductiva para madres y embarazadas adolescentes*, propuesta metodológica del Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, México, 288 págs.

Toro O, Horacio (1996) *Centros docente/asistenciales para planificación familiar*, Santiago, Chile, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina para América Latina y el Caribe, 77 págs. (Serie Documentos Técnicos, núm. 1).

_____, (1997). *Regulación de la fecundación posterior al parto o al aborto*, Santiago, Chile, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina para América Latina y el Caribe, 66 págs. (Serie Documentos Técnicos, núm. 6)

Venguer, T., et al., *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*, México, Population Council/INOPAL III, 1998, 54 págs (Documentos de Trabajo, núm. 24)

Zavala R, Roberto (1998). *El libro y sus orillas. Tipografía, originales, redacción, corrección de estilo y de pruebas*, 3ª. ed. corr. 2ª. reimp., México, Universidad Nacional Autónoma de México, 397 págs. (Col. Biblioteca del Editor).

A N E X O

1

3

1

1

1

-

1

10

FOLIO _____

Lee cuidadosamente las siguientes preguntas y respóndelas con sinceridad. El cuestionario es anónimo, así que nadie sabrá lo que tú contestes. Si tienes alguna duda acerca de lo que significa una palabra o cómo contestar, pregunta a la persona que te dio el cuestionario.

MUCHAS GRACIAS.

1. Edad _____
2. ¿Cuál es el nombre de la colonia en la que vives? _____
3. ¿Cuántos meses de embarazo tienes? _____ meses
4. Contando éste, ¿cuántos embarazos has tenido? _____ embarazos
5. Estado civil. (marca con una x)

1. Soltera	2. Casada	3. Unión libre	4. Otra _____
------------	-----------	----------------	---------------
6. Lugar de nacimiento _____
7. Si no naciste en el estado de México o D.F. ¿cuánto tiempo hace que llegaste? _____
8. ¿Cuál es tu nivel de instrucción? (Marca con una x).

1. Sin instrucción	2. Primaria incompleta	3. Primaria completa	
4. Secundaria incompleta y completa	5. Media superior y superior		
9. ¿Cuál es el nivel de instrucción de tu pareja?

1. Sin instrucción	2. Primaria incompleta	3. Primaria completa	
4. Secundaria incompleta y completa	5. Media superior y superior		
10. ¿Cuál es tu posición en el hogar?

1. Jefe de hogar	2. Cónyuge	3. Hija	4. Otro
------------------	------------	---------	---------
11. ¿Cuál es la ocupación de tu pareja?

1. Obrero	2. Comerciante	3. Ejerce carrera técnica	
4. Ejerce carrera profesional	5. Sin trabajo	6. Otro _____	
12. ¿Cuántos hijos vivos tienes? _____ hijos
13. ¿A cuántas consultas de control prenatal ha asistido en este embarazo? _____ consultas
14. ¿Cómo consideras que ha sido tu estado de salud durante tu embarazo?

15. Prefieres que te atienda un médico hombre o un médico mujer?

1. Médico hombre	2. Médico mujer	2. Indiferente
------------------	-----------------	----------------
16. Si has estado embarazada antes, ¿cuántas veces por embarazo asististe al control prenatal?

1. Una vez	2. Dos veces	3. Más de tres veces	4. Ninguna
------------	--------------	----------------------	------------

17. ¿Dónde ha(n) nacido tu(s) hijos?
 1. En el hospital 2. En la casa 3. En la casa de una partera 4. Otro: _____
18. ¿Con quién vives?
 1. Esposo e hijos 2. Sólo hijos 3. Padres del esposo o tuyos 4. Otro ____
19. El lugar en que habitas es:
 1. Propio 2. Rentado 3. Compartido (vive con familiares) 4. Otro _____
20. En relación a tu casa, el centro de salud o clínica a la que asistes está:
 1. Muy lejos 2. Lejos 3. Cerca 4. Muy cerca
21. Tienes los recursos necesarios para trasladarte y pagar tu consulta en el centro de salud o clínica a la que asistes.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
22. El tiempo que esperas antes de ser atendida por el(la) doctor(a) en el centro de salud o clínica a la que asistes es de más de 30 minutos.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
23. El personal del centro de salud o clínica a la que asistes te atiende con amabilidad.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
24. Tienes derecho a exigir una buena atención médica en el centro de salud o clínica a la que asistes.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
25. El centro de salud o clínica a la que asistes te informa sobre el control prenatal.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
26. La noticia de este embarazo te provocó:
 1. Alegría 2. Sorpresa 3. Tristeza 4. Rechazo
27. Actualmente estar embarazada te resulta:
 1. Muy aceptable 2. Aceptable 3. Poco aceptable 4. Inaceptable
28. Mi esposo está de acuerdo en que asista al control prenatal.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
29. Mi principal estado de ánimo durante este embarazo ha sido:
 1. Muy alegre 2. Alegre 3. Triste 4. Muy triste
30. El control prenatal es para las mujeres que durante el embarazo se sienten enfermas.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
31. Asistir al control prenatal es una obligación de las mujeres embarazadas.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
32. Si sientes molestias como dolor de cabeza, falta de apetito, insomnio, mareos, dolor de vientre, entre otras molestias, debes asistir inmediatamente al centro de salud.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

33. Las mujeres embarazadas dejan de asistir al control prenatal porque la atención que les brindan es mala.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

34. Las mujeres embarazadas prefieren que las atienda una partera.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

35. La familia de las mujeres embarazadas impiden que ella asista al control prenatal.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

36. Las mujeres embarazadas deben asistir al control prenatal sólo cuando es su primer embarazo, en los siguientes ya no.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

37. A las mujeres embarazadas que tienen hijos se les dificulta asistir al control prenatal, por falta de alguien que se los cuide.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

38. Es innecesario asistir al control prenatal porque mi familia me cuida

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

39. Las mujeres cercanas a mí (madre, abuela, tía, hermana, amigas, etcétera) consideran innecesario el control prenatal.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

40. ¿Qué es lo que piensa tu esposo del control prenatal?

41. ¿Qué crees que suceda si asistes al control prenatal?

42. ¿Qué es lo que no te gusta del control prenatal?
