ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION:

SALUD REPRODUCTIVA Y GENERO. LAS NECESIDADES AFECTIVAS, UNA DIMENSION DE ANALISIS

Elsa S. Guevara Ruiseñor

INTRODUCCION.

La salud reproductiva es un problema complejo y con múltiples aristas de análisis. El papel de las instituciones públicas y privadas interesadas en atender la salud de la mujer, el de organismo gubernamentales y no gubernamentales, y las políticas de salud instrumentadas, son factores que inciden directamente en este fenómeno. No obstante, hasta ahora la disponibilidad de métodos anticonceptivos a bajos costos, las campañas de difusión masiva y las estrategias instrumentadas para mejorar la salud reproductiva de la población, han resultado insuficientes para afrontar este fenómeno.

Como señala Szasz (1993), en gran medida, esta situación se debe a la poca atención que se ha prestado a las formas y mecanismos de articulación de los procesos sociales con la salud reproductiva. Incuestionablemente, todos los procesos de salud-enfermedad se encuentran determinados, reforzados y vinculados a las condiciones de vida de los seres humanos, más aún en el caso de la salud reproductiva donde los riesgos y daños en la salud se encuentran fuertemente anclados en las condiciones materiales, culturales y relacionales en que viven las mujeres.

Además de los factores estructurales asociados a las políticas de salud pública, a las condiciones de los prestadores de salud y a las ideologías que permean toda la práctica médica, existen factores de orden psicosocial que requieren otro acercamiento al fenómeno. Junto con la desigualdad económica entre grupos sociales, etnias, regiones y áreas rurales y urbanas, configurada por las relaciones de poder, las estrategias de desarrollo, la estructura resultante del mercado de trabajo y el papel del Estado y del gasto social, cobra especial importancia para el estudio de la salud reproductiva la desigualdad entre los géneros. La salud reproductiva, y en especial la salud de la mujer, está estrechamente relacionada con la construcción cultural de lo femenino y las condiciones sociales de vida generadas a partir de esta situación (Szasz,1993).

La diferente valoración social de lo femenino y lo masculino, y la división sexual del trabajo, determinan desigualdades sociales entre varones y mujeres que se expresan en diferente acceso a los recursos, en el grado de autonomía que cada uno tiene, en el papel que desempeñan en la familia y en la sociedad, y en la valoración y retribución social de su trabajo.

Esta desigualdad entre los géneros se expresa de diferentes maneras en la salud reproductiva de las mujeres. La salud reproductiva entendida como una condición en la que el proceso reproductivo se alcanza en un estado de completo bienestar físico mental y social supone: sexualidad sana y placentera, reproducción elegida, fertilidad regulada, maternidad sin riesgos, cuidados pre

y postnatales de calidad, acceso a los servicios de salud seguros y una relación médico-paciente que respete y privilegie los derechos de los solicitantes del servicio (Fathalla, 1991). No obstante, la posibilidad de elección en la reproducción, de regular la propia fertilidad y de ejercer plenamente la sexualidad requiere considerar los factores psicológicos y culturales presentes en los valores, normas y pautas de relación de varones y mujeres.

La valoración social de lo femenino basada en la maternidad y en la vida conyugal presiona, en contextos de escasa autonomía femenina, a embarazos no deseados a uniones conyugales a edades muy tempranas y a la conformación de familias numerosas. Por ejemplo, Figueroa (1988) encuentra que más del 10% de las mujeres que habían declarado que ya no deseaban tener más hijos, se embarazaban en el transcurso del siguiente año, el autor señala que en el 64% de los embarazos más recientes de las encuestadas, no había relación entre lo que ellas decían y lo que hacían respecto al hecho de embarazarse o no, él plantea que la lógica reproductiva por parte de la población no necesariamente coincide con algunos criterios instrumentados en las políticas de población. Es decir, la lógica reproductiva de las mujeres no se asocia solo a la disponibilidad de métodos anticonceptivos o a asumir su derecho de no tener más hijos, sino a los anclajes de su propia identidad y valoración. Detrás de muchas conductas de las mujeres aparentemente contradictorias e inexplicables, se encuentran necesidades orden psicológico que adquieren sentido en términos de las relaciones hombre-mujer que prevalecen en nuestra cultura.

La construcción de la identidad femenina centrada en la maternidad, en la capacidad de relacionarse con otros y en el ser para otros, tiene consecuencias decisivas para la autoestima, la valoración social y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar en su propio beneficio (Szasz, 1993).

La adopción de ciertas decisiones en cuanto a la salud reproductiva representa elevados costos subjetivos para las mujeres cuya valoración e identidad se construyeron en torno a un deber ser femenino definido por la maternidad. Figueroa y Aguilar (1992) enfatizan el desajuste que puede provocar en las mujeres esterilizadas el sentirse frustrada, arrepentida o rechazada por su pareja, por haber recurrido a un método que le ha quitado el eje principal de su identidad. Figueroa (1988) encuentra que el rechazo de la pareja es el problema personal más frecuentemente declarado por las mujeres después de la esterilización.

Por otra parte, la violencia sexual y el incesto que se ejercen mayoritariamente contra mujeres jóvenes y de cuya frecuencia y extensión se tiene poco conocimiento, constituyen una causa frecuente de embarazo en niñas y adolescentes sin pareja. A su vez, las situaciones de violencia doméstica asociadas al alcoholismo masculino conducen a la imposición de relaciones sexuales y a embarazos no deseados y riesgosos para la salud de la mujer y los infantes.

Las normas culturales que definen la monogamia como comportamiento exclusivo de las mujeres, las someten a riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual sin tener conciencia de

la posibilidad de contagio o sin tener oportunidades de evitar este riesgo. A la vez, por condicionamientos de género, las mujeres suelen ocultar los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual y retardan su atención aumentando los riesgos para su salud. Liguori (1989) señala que una de las razones por las que el condón ocupa el último lugar como método anticonceptivo se debe a que los hombres de este país tienen una actitud negativa hacia su uso y las mujeres no pueden utilizarlo sin que él lo sepa. Ella plantea, que para las mujeres, desde las prostitutas a las académicas les resulta difícil proponerle a un hombre que use el condón porque esto puede resultar en un rechazo o violencia del compañero hacia ellas que las intimida y las coarta.

La falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad señalan la importancia de estudiar los condicionamientos de género que propician tanto el ejercicio del control que ejercen los varones, como su aceptación por parte de las mujeres.

De los diversos elementos condicionantes de esta situación, algunos factores psicológicos, como las necesidades afectivas, representan importantes herramientas de análisis para ampliar los márgenes de comprensión de este fenómeno. Maslow (1954) plantea que la necesidad de protección, de pertenencia y de amor son necesidades psicológicas básicas indispensables para el desarrollo pleno de la persona. En general, los teóricos del desarrollo coinciden que sólo cuando los pequeños han cubierto satisfactoriamente sus necesidades afectivas, están en condiciones

de desarrollarse con la seguridad y confianza necesarias para llegar a ser independientes. La necesidad de afecto y cuidado nutre y mantiene la integridad psíquica del ser humano a lo largo de toda su vida.

Del conjunto de relaciones humanas que una persona establece en la edad adulta, la relación de pareja ocupa una posición central porque en ella se construye y se cimenta gran parte de la autoestima y de la identidad personal, pero sobre todo porque ésta es la fuente más importante de nutrimiento erótico-afectivo. El tipo de relación y las funciones que ésta cumple, constituyen los contenidos con los cuales se organizan identidades y roles, y llegan a ser cruciales en la legitimación y representación de estas identidades. En gran parte esto es así, porque la identidad misma y la autoapreciación descansa de manera importante en el grado de gratificación de las necesidades afectivas.

No obstante, varones y mujeres desarrollamos distintas formas de enfrentar la vida emocional: el amor, el deseo, la intimidad y la separación se experimentan y se interpretan en función de nuestra condición de varón o mujer. De acuerdo con Orbach y Eichenbaum (1987) unos y otras somos motivados y orientados emocionalmente de maneras sutilmente distintas: mientras las mujeres son educadas para privilegiar la relación afectiva y para apoyar emocionalmente a los demás, los esquemas ideoafectivos con que son educados los varones tienden a constreñir su capacidad de expresión emocional y no se les prepara para atender las necesidades afectivas de los demás. Este hecho tiene como

consecuencia que las mujeres, al no tener cubiertas sus necesidades afectivas vivan con un vacío interior, con una inseguridad y confusión que facilita formas de control o manipulación por parte de su pareja y/o la aceptación de normas y valores que se asumen como inamovibles e incuestionables[1]. Subordinar su capacidad reproductiva o de goce puede ser una forma de buscar la aceptación, la comprensión y el afecto que no reciben. Es esta situación la que consideramos dificulta asumir el control sobre su capacidad reproductiva y/o la que facilita el que no tomen las medidas necesarias ante las alteraciones que puedan afectar su salud reproductiva. Es decir, la confluencia entre los códigos culturales que refuerzan las relaciones de poder y las propias carencias afectivas con que viven muchas mujeres, aparecen como factores que inhiben u obstaculizan las prácticas de cuidado en la salud reproductiva.

La importancia que tiene la mujer como partícipe de su propia atención es reconocido cada vez más por los organismos encargados de la salud reproductiva y de derechos humanos, no obstante, el derecho de las mujeres de ser partícipes de su propia salud atraviesa por un sistema de valores y una estructura normativa a nivel jurídico y cultural que hacen difícil el que este derecho se asuma. Pero todavía más importante, atraviesa por necesidades de orden emocional que intervienen de diferentes maneras en este fenómeno.

---

[1] Definitivamente en este proceso intervienen muchos factores, pero la insuficiente gratificación de las necesidades afectivas se encuentra presente de una u otra manera.

METODO.

Objetivo:

El objetivo del presente estudio consiste en explorar las prácticas de cuidado en la salud reproductiva, en el marco de relaciones intergenéricas asimétricas, a la luz de las carencias en las necesidades afectivas de las mujeres de sectores populares.

Variables:

Necesidades Afectivas: Es la necesidad que tiene todo ser humano de sentirse amado, apreciado y requerido por los demás, en este caso por parte de su pareja, y será medido de acuerdo a la Escala de Satisfacción de Necesidades Afectivas (ESNA) de Guevara Ruiseñor (1993), que consta de 5 subescalas: importancia de ella para el compañero, comprensión, aceptación, ternura y vivencia erótica.

Cuidado en su salud reproductiva: Se refiere al conjunto de medidas orientadas al bienestar en su salud reproductiva. Se tomarán básicamente cuatro indicadores que son: medidas anticonceptivas, enfermedades de transmisión sexual, aborto y embarazo.

Muestra:

Se seleccionará una muestra accidental de 100 mujeres de diferentes edades que ya hayan sido madres y que sostengan una relación de pareja no ocasional (sea legal o no, viva o no con la pareja) con la que sostengan relaciones sexuales periódicas. La

muestra se tomará de las mujeres que acuden a consulta odontológica, médica o psicológica a las Unidades Multiprofesionales de Atención Integral de la FES-Zaragoza. La población de la que será extraída la muestra corresponde al municipio de Netzahualcoyotl, Edo. de México.

Instrumentos:

Se empleará la escala de satisfacción de necesidades afectivas y un cuestionario donde se interrogue sobre las formas de control natal que han utilizado y por qué, las enfermedades de transmisión sexual que han padecido, si las ha identificado y qué medidas ha tomado, cuantos abortos han tenido y en qué condiciones, y el número de embarazos, considerando si fueron planeados o en qué circunstancias. Se tratará de indagar sobre las conductas de autocuidado que ellas han realizado y la forma en que interviene la pareja explícita o implícitamente.

Tratamiento Estadístico:

Se hará un análisis de contenido de las repuestas del cuestionario y un análisis de varianza de las diferentes subescalas del ESNA de acuerdo al grupo de edad y al nivel de escolaridad y de acuerdo a cada uno de las clasificaciones que se hagan de cada uno de los indicadores de salud reproductiva, de manera que los resultados puedan ser interpretados integrando el nivel cualitativo con el cuantitativo.

Posibilidades de Utilización de Resultados:

Los resultados de este estudio permitirán 1) obtener información en cuanto a los cuidados en la salud reproductiva que realizan las mujeres de esta zona, 2) mayor información y más elementos de análisis en la relación entre la satisfacción de necesidades afectivas y las conductas de cuidado en su salud reproductiva y 3) desarrollar una propuesta fundamentada de las posibles estrategias de intervención.

BIBLIOGRAFIA.

Fathalla, M.F. (1991) "Reproductive Health: A global overview" en: **"Mesa redonda sobre ética, población y salud reproductiva",** Nueva York marzo 8-10 de 1994, The Development Law & Policy Program, Columbia University.

Figueroa Perea J.G. (1988) "Características de la aceptación de métodos quirúrgicos" en: **Memoria de la Reunión de DGPF,** Secretaría de Salud, México.

Figueroa Pera J.G. y Aguilar Ganado B.M. (1992) "Reproducción, derechos humanos y planificación familiar: algunas reflexiones", presentado en: **II Coloquio de Investigación y Estudios sobre las Mujeres y los Géneros**, PUEG, Coordinación de Humanidades, UNAM.

Liguori, Ana Luisa (1989) "Políticas en salud: Mujer y SIDA" en Tapia, E. y Mercado, P. (comp.) **Mujeres y Políticas Públicas** México: Fundación Friedrich Ebert.

Szasz, Ivone (1993) "Desigualdad de género y salud reproductiva" en: **Salud Reproductiva y Sociedad**, Año 1, Núm. 1 septiembre-diciembre, Colegio de México.