

Barreras psicosociales al uso de servicios de salud materno-infantiles en zonas de pobreza

Soc. María Bonino¹

Resumen

Este trabajo es parte de una investigación más amplia que se propone identificar las barreras al uso de los servicios materno infantiles en zonas de pobreza a través de dos etapas: una cualitativa ya finalizada y una encuesta actualmente en procesamiento. La investigación analizará los factores geográficos, tecnológicos, funcionales, psicosociales y sociodemográficos asociados al control ginecológico, de embarazo, puerperio y del niño. En este trabajo se presentan solamente las barreras psicosociales y colectivas a mujeres que usan y no usan los servicios y a personal de salud que trabaja en la zona de Aparicio Saravia en Montevideo.

Los resultados indican que las condiciones de vida fundamentalmente la desvalorización y el aislamiento tiene un peso importante en las variables asociadas directamente al no uso o escaso uso de los servicios para un sector de la población. Dentro de estas variables las que aparecen como más relevantes son la desinformación y la falta de valoración del control, los miedos, las desconfianzas, la falta de redes sociales de apoyo y la apatía y la depresión.

Palabras clave: Barreras de comunicación
Áreas de pobreza
Salud materno infantil
Servicios de salud
Uruguay

El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En función de nuestros supuestos, intereses y propósitos es que seleccionamos una u otra metodología. En ciencias sociales se adoptan entre otros, los métodos cualitativos que buscan la comprensión o la profundización de los fenómenos de la vida social.

El término metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos a partir de las propias palabras de las personas, habladas o escritas y de la conducta observable.

"Más que un conjunto de técnicas para recoger datos, es un modo de encarar el mundo empírico." (Ray Rist, 1977)

I. Socióloga.

* *Creencias y prácticas de las mujeres en relación al uso de los servicios materno-infantiles.*

El equipo de investigación está además integrado por el Dr. Luis Faral, la Dra. Renée Richero y la Psicóloga Cristina Terra.

Correspondencia: Canelones 1164. Montevideo, Uruguay.

Presentado: 29/6/94

Aceptado: 5/8/94

Antecedentes

Este trabajo es producto de una investigación más amplia*, actualmente en curso, que estudia el uso de los servicios de salud materno-infantiles en una zona de extrema pobreza de la ciudad de Montevideo, Uruguay. La misma se realiza para la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y con el apoyo de la Agencia Canadiense CIID.

La selección de la zona se debió a sus índices relativamente más elevados de desnutrición, mortalidad infantil, embarazos de alto riesgo y embarazos no controlados. La investigación se propuso indagar los posibles factores o barreras que estarían incidiendo en un uso poco adecuado de los servicios de salud existentes. Se espera que los resultados permitan una capacitación del personal de salud y una organización de los servicios, más acorde con las necesidades de las mujeres de la zona.

El proyecto fue diseñado para ser realizado en dos etapas: una cualitativa, que ya ha sido cubierta, cuya finalidad era profundizar en las variables, indicadores y categorías asociadas al uso y no uso de los servicios; y una segunda, cuantitativa, que se encuentra en desarrollo, que tiene por finalidad realizar un estudio multivariado de esta información a partir de una encuesta en la zona.

Para su estudio se delimitó la variable dependiente "uso de los servicios de salud" al control de embarazo, de puerperio, del niño hasta los dos años y ginecológico de las mujeres. Se tomaron como variables independientes que podrían explicar el uso adecuado, inadecuado o inexistente de los servicios, variables geográficas, funcionales, tecnológicas, psicosociales y sociodemográficas. Para relevar éstas durante la primera etapa se realizaron entrevistas individuales y colectivas a mujeres de la zona, y a personal de salud de los centros mencionados.

En este artículo vamos a hacer referencia exclusivamente a los factores psicosociales que aparecen asociados al uso inadecuado de los servicios de control en el área maternoinfantil; las otras variables serán objeto de otros trabajos. La separación entre las distintas variables que influyen en el uso, tiene una finalidad analítica ya que en la realidad hemos encontrado una estrecha relación entre muchas de éstas. Respecto al uso de los servicios, esta primera etapa muestra una clara diferencia entre lo que es el control de embarazo y del niño, que se hace en forma inadecuada y tardía y el control ginecológico y de puerperio que es prácticamente inexistente. El parto es en su casi totalidad, institucional.

Finalmente debemos señalar que vamos a entender por variables psicosociales aquellos elementos comunes y comparables que tienen las actitudes, sentimientos y creencias de las personas ante determinados sucesos vitales ^(1,2), en este caso las mujeres del área de estudio, respecto al uso de los servicios para el control de la salud propia y de sus hijos.

El contexto de aislamiento y desvalorización

No podemos referirnos a las variables psicosociales en relación al uso de los servicios de salud sin referirnos someramente, en primer lugar, a las condiciones de vida, al marco de extrema pobreza en que se desarrolla la vida de la mayoría de las mujeres de esta zona. Tal como ha sido demostrado en recientes investigaciones ⁽³⁾ la pobreza aparece como un fenómeno multidimensional donde el no uso de los servicios surge como una manifestación más entre otras: el desempleo o subempleo, la desnutrición, la deserción escolar, la inestabilidad afectiva o el alcoholismo.

A su vez, desde una perspectiva de género, el hecho

de ser mujeres va también a permear el conjunto de valores y actitudes con que éstas van a enfrentar los procesos de salud-enfermedad, la prevención y el uso de los servicios. En efecto, como veremos, la autoimagen, los proyectos personales y familiares, los roles asignados van a entrelazarse con las condiciones de vida para condicionar los valores y actitudes mencionados.

La recolección y clasificación de lo que el resto de la sociedad desecha es la fuente de trabajo para parte importante de los hombres y mujeres de la zona. La basura se convierte en parte del entorno y de la cotidianidad con su probable influencia tanto en lo ambiental como en la autopercepción de las personas. "Porque es horrible, todos los ranchitos de ahí que crían chanchos y tienen caballos, tiran toda la basura ahí. Hay muchos que la tiran desde el puente y cuando el río crece se lleva todo... Ya he hablado para que limpien las ratas, pero si se hace basural de nuevo las ratas vuelven."

Las condiciones de vida inciden, y son a la vez incididas por formas de ver el mundo y actitudes ante el mismo: la sobrevivencia diaria y las dificultades de prever salidas con el consiguiente fatalismo, la dificultad para enfrentar nuevas frustraciones y las consiguientes desconfianzas, la desvalorización y la falta de proyectos personales.

Entre todos estos elementos que se entrelazan quisiéramos destacar dos en especial: la desvalorización y el aislamiento de las mujeres, para analizarlos más en profundidad, por la influencia que creemos tienen en el conjunto de variables psicosociales que surgen de la investigación, asociadas al escaso o nulo uso de los servicios. Como veremos también, la posibilidad de acción sobre las variables psicosociales deberá tener en cuenta, necesariamente, estos elementos para lograr cambios en las actitudes de las mujeres frente a la salud.

Una integrante del personal de salud realiza la siguiente asociación entre condiciones de vida, desvalorización y actitudes negativas ante el uso de los servicios: "Yo reconozco que si yo tuviera que vivir la situación que viven ellos, actuaría igual... porque son mejores los chicos que muchos ranchos de la gente de acá... así es difícil autoestimarse, todo hace que vos te desvalorices como persona... por eso yo entiendo esa actitud... por eso creo que lo importante es la educación".

Si las condiciones de vida generan elementos de desvalorización para todos, la condición de la mujer por la discriminación de género aumenta, creemos, este sentimiento. Una integrante del personal de salud analiza así el problema: "ellas no se atienden como personas, se desvalorizan como mujeres. Se sienten en la obligación de tener hijos, de tener un compañero, pero no se autorrespetan. El otro día oí que una le decía a la otra 'pero si tu marido no quería que vinieras, ¿cómo vas a colocarte el

DIU? Tres hijos no son nada mija'. Y dos por tres vienen golpeadas, por los maridos o por los hijos más grandes. Porque una vez que se va el padre, el jefe no es la madre, es el hijo mayor...".

Este testimonio se inserta en la discusión sobre si los valores patriarcales prevalecen en este medio o si por el contrario el hecho de ser la mujer la figura estable en la familia, y el hombre un integrante ausente y desvalorizado, implica una situación más cercana al matriarcado⁽⁴⁾. Aparentemente, por lo que hemos recogido en las entrevistas, el "poder" físico de pegar, como psicológico a la hora de elegir mujer, cambiar de mujer, llegar o irse de la casa, es del hombre. La mujer por su parte tiene la posesión de los hijos, son de ella y no los comparte.

Una líder comunitaria que conformó un grupo de mujeres en el barrio describe así la situación: "La mujer aquí no se cuida nada. Siempre está primero el marido o los hijos, para los hijos sí tiene tiempo, pero de ella nadie se ocupa, a nadie le importa que se sienta mal, la tienen como un objeto. Ellas dicen 'para qué voy a ir a consultar, pierdo el tiempo'".

Es evidente que la desvalorización personal no es visualizada como tal por las propias mujeres y por lo mismo no aparece verbalizada en estos términos en las entrevistas salvo en aquellos casos de mujeres que han hecho un proceso de cambio por su participación en grupos comunitarios. Esta desvalorización sólo puede inferirse a partir de respuestas frente a la ausencia de control de la salud como "falta de tiempo", "no poder dejar a los hijos", o por la ausencia total de proyectos personales o colectivos salvo los vinculados a la maternidad: "criar lo mejor que pueda a mis hijos", "darles todo a mis hijos", "lo único que tenemos en la vida es los hijos".

A la desvalorización por ser pobre, por ser de ese barrio, por ser mujer, se agrega otro elemento contextual importante a la hora de generar una identidad y conformar actitudes y creencias y es el tema del aislamiento: aislamiento de la zona respecto al resto de la sociedad y aislamiento de los vecinos entre sí en general y de las mujeres en particular, que son quienes realmente están todo el día allí.

El aislamiento y la falta de espacios de encuentro del barrio es vivido como un problema importante: "Estamos aislados de todo, acá entra un solo ómnibus, y de noche no entra nada". Los tiempos domésticos son circulares: un día es siempre igual a otro. La sobrevivencia diaria se suma a esta circularidad influyendo, como es sabido, en la dificultad de planificar, prever. Los espacios son tremendamente reducidos: ir al centro o salir del barrio es una actividad compleja de realizar. Esta concepción diferente del tiempo y el espacio debería tomarse en cuenta

también a la hora de pensar alternativas de intervención en relación a la salud de la zona.

No obstante, a los efectos de nuestro tema de investigación creemos que más importante aun que este aislamiento es el de los vecinos entre sí. "Un problema importante de las mujeres aquí para mí es la timidez, la vergüenza de acercarse a otras mujeres, de conversar. Acá existe muy poco diálogo entre vecinos, más bien cada uno se encierra en lo suyo."

Las barreras psicosociales al uso de los servicios

Escasa información y valoración sobre importancia del control

Encontramos a estas variables asociadas fundamentalmente al no control ginecológico y de la etapa del puerperio. Veamos algunos testimonios respecto al primero. "Nosotras (una organización barrial de mujeres) hicimos una encuesta en la zona... y nos dio que más de 70% de las mujeres no sabía lo que era el Papanicolau y nunca se lo habían hecho."

La desinformación se entrelaza con la poca importancia que se da a la prevención para la salud personal, la mayoría declara que solamente acude al médico cuando tiene algún dolor: "Voy al médico sólo que tenga dolor, algo que tome una novemina y no me calme. Trato de no ir. Sé que me estoy haciendo mal".

Importa señalar aquí que de acuerdo a testimonios tanto del personal de salud como de las mujeres, las actividades de educación para la salud son muy escasas y fuera de los centros de salud prácticamente no existen. La importancia del control ginecológico de rutina es poco conocida. En el caso del control de puerperio aparecen con el mismo peso situaciones en que las mujeres son informadas luego del parto de que deben ir y situaciones en que no se les dice que deben controlarse.

La mayoría de las mujeres declara una tajante diferencia entre lo que hacen por ellas y lo que hacen por sus hijos. "Yo me hice los controles del embarazo por obligación, porque pienso que es una obligación hacerlo por el bien del niño." "Uno piensa en ir, quiere ir, pero después se pone a pensar en la casa y no va. A los hijos sí los lleva, yo pienso que les damos más importancia a los hijos que a nosotras mismas."

Los testimonios recogidos parecerían sugerir la necesidad de realizar una difusión más amplia de la importancia del control ginecológico y de puerperio y quizá como sugiere alguna de las entrevistas, buscar mecanismos de presión o exigencia de los mismos. Asimismo creemos que la prevención de la salud propia para las mujeres está estrechamente relacionada con la autovaloración por lo cual este elemento debería ser tomado en

cuenta a la hora de implementar programas de educación para la salud o en la propia relación médico-paciente.

Los miedos de las mujeres al control

A que se descubran enfermedades

“... pero yo no quiero saber. Mi suegra murió de cáncer en el útero. Mi cuñada dejó 5 hijos, murió de cáncer en el útero. Yo prefiero no saber. No quiero saber.” Este tipo de miedo se encuentra fundamentalmente relacionado con el control ginecológico; sin embargo últimamente al incluirse en los análisis de sangre el control de VIH éstos también despiertan temores en muchas mujeres: “Una mujer me dijo: ‘Ah no, si me van a hacer el VIH yo no voy mirá si tengo el SIDA’”. Este tipo de miedo, que es frecuente en todo tipo de población y no está necesariamente asociado a la pobreza, es seguramente de los más difíciles de vencer pues no pasa por el acceso a mejor información o variables fácilmente controlables externamente.

A procedimientos

Estos miedos se asocian tanto al control de embarazo como al ginecológico y se dan fundamentalmente en mujeres que van por primera vez a la consulta o que tuvieron u oyeron de vecinas, malas experiencias anteriores. “Estaban los estudiantes, me desnudaron, me tocaba uno y otro. Yo tengo miedo a ir de vuelta.” “Mi hermana me dijo que me iban a cortar de arriba a abajo entonces nunca más fui.” “Muchas no van porque las revisa, les pone el dedo y no se dejan.” En todos estos casos la información adecuada y el trato en la relación médico-paciente parecerían ser elementos fundamentales para contrarrestar este tipo de barreras al control.

A que se descubran hábitos

En estos casos el miedo aparece asociado a recibir un reto del personal de salud por estilos de vida no considerados adecuados. “El médico no tiene que retarla a una por llevar al hijo sucio porque si va por una emergencia no va a estar pensando en que tiene que lavarlo antes”. “Mi hermana estaba embarazada de tres meses y fue el médico a llamarla y ella estaba fumando afuera y se ligó un rezongo. Y ella ahí nomás no entró.”

En otros testimonios hemos encontrado que ir a la policlínica implica mostrar una imagen personal de higiene y vestimenta que no es la habitual y que implica para muchas, un esfuerzo.

Las desconfianzas

A “los de afuera”

El “estigma” de ser de esos barrios, la desvalorización

que sienten por parte de la sociedad y la autodesvalorización que genera susceptibilidades a que nos referíamos al comienzo, pesan directamente a la hora de valorar al personal de salud y de acercarse a la consulta. Una líder comunitaria, refiriéndose a la opinión de un integrante del personal de salud de los centros, describe así este problema: “Dice que somos especiales pero acá somos personas aunque nadie nos reconozca como personas. También acá hay amor, hay rivalidad, hay lucha, hay trabajo, hay escasez”.

Otra líder comunitaria de otra organización comenta ante la misma opinión: “Siempre aparece esa distancia entre el que va a consultar y el que es doctor. Y pienso que no, que somos todos seres humanos y somos todos iguales... En un barrio hay de todo, gente que se preocupa por los hijos y que no... Es importante que el médico se prepare para que no haya esa distancia”.

Se genera una barrera entre los que son del barrio y los que vienen de fuera representando, de alguna manera, esa sociedad que los margina. Algunas personas por llevar años vinculadas al barrio y estableciendo relaciones de respeto y horizontalidad, se ganan la confianza de la población, pasan a ser “de acá”. “Es que el Padre Cacho es nuestro, el Padre Cacho es de acá, como Violeta, esa gente ya son nuestros...” Otra entrevistada refiriéndose a un médico de familia que lleva años en la zona dice: “Con él es diferente, te explica todo que entendés perfecto, es como si fuera uno de nosotros, es como si fuera de acá”.

Esta barrera, esta falta de confianza en el de “afuera”, en el que pone “la distancia” genera miedos y rechazos: “A la gente le falta mucho esa confianza en el médico... Hay cosas que impiden tener esa confianza, dar con ese médico que lo sientas como una persona humana verdaderamente. La gente pierde la confianza y no va al médico porque tiene miedo. Como yo, que fui a consultar un traumatólogo en el Policial y me trataron tan mal, tan mal, que no dije nada, me vine a mi casa y no fui nunca más”.

En los diagnósticos médicos

Si bien existen errores médicos a la hora de diagnosticar o tratar problemas de salud y éstos pueden ocurrir para todos los sectores sociales, nos ha llamado la atención la frecuencia e intensidad con que éstos son señalados en esta población. A pesar que suponemos que parte de los testimonios deben tener una base de realidad, también creemos que ésta puede estar un tanto sobredimensionada debido al problema de la falta de confianza para relacionarse con el personal de salud, a la susceptibilidad en torno a “los de afuera” que agreden, y a las dificultades para acceder a información más precisa.

Veamos algunos testimonios: “El médico me dijo que

eran gases y estaba embarazada". "Me dijo que estaba embarazada y era la vesícula." "El médico nunca les decía la verdad, les decía que eran fibromas para que no abortaran." Todos estos testimonios se dan sin embargo en mujeres que en casos extremos consultan y además matizados con otros testimonios donde el médico es muy valorado: "Para mí lo más importante es Dios y el médico". "Lo que pasa es que una le dice a otra y a la otra y se va corriendo la voz y la gente cree lo que dice una persona y no cree en un médico que es una persona que ha estudiado, que sabe mucho más."

En estos últimos testimonios aparece tanto la ambivalencia respecto al médico (quizá dos caras de una misma moneda porque si es Dios no se puede equivocar) como también el mecanismo de "teléfono descompuesto" en que se van generando creencias en torno a los errores médicos.

En los métodos anticonceptivos

Como en el caso anterior, a pesar de que el miedo y la desconfianza en algunos métodos anticonceptivos puede ser un fenómeno común a mujeres de todos los sectores sociales, nos llamó la atención la fuerza con que esto apareció en nuestras entrevistadas. "Me decían que no tomará las pastillas mientras amamantaba porque el chiquilín te queda marica." "Yo siento que le pasan las hormonas al gurí y que le hace mal." "Las pastillas que dan en el Pereira Rossell son jodidas vienen falladas." "A la hermana de mi cuñada le pusieron el DIU y le vino bruto cáncer en el útero."

Parte de las creencias mencionadas pueden relacionarse con:

- 1) falta de información o una información poco actual sobre los métodos mecánicos y orales;
- 2) también podría pesar, en las dificultades para realizar la planificación familiar, una actitud fatalista respecto a los acontecimientos. Esta actitud aparece en el trabajo en forma muy esporádica y en relación justamente a la anticoncepción: "no podemos prever nada, vienen los hijos que tengan que venir". La dificultad para planificar debe estar seguramente asociada a la forma de manejar los tiempos a que hacíamos referencia;
- 3) un tercer elemento que podría estar pesando es la ambivalencia con que se vive el embarazo en mujeres de esta zona. En efecto, recordemos la valoración tan alta que tiene la maternidad que además de significar el único proyecto personal posible, la única fuente de identidad, implica lo único que "se tiene propio" la única posesión en un mundo de carencias. Por otro lado el excesivo número de hijos en relación a las posibilidades económicas, es vivido también como una carga y un desgaste muy grande. El deseo inconciente

de la maternidad podría entonces quedar reprimido ante una actitud conciente de querer controlar los embarazos y entonces proyectarse "la culpa" del fracaso de la anticoncepción en los métodos que "no sirven". Esta ambivalencia podría estar pesando entonces en la escasa consulta de planificación o en el uso inadecuado de los métodos.

La ausencia de redes sociales de apoyo

Entendemos por redes sociales al conjunto de contactos formales e informales con parientes, amigos, vecinos, etc., a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, y desarrollan nuevos contactos sociales⁽⁵⁾. Ha sido ya analizado en diversos trabajos^(1,5) el papel que juegan estas redes en la salud física y psíquica de las personas, así como en las actitudes ante las formas de prevención en salud.

Resultados muy similares aparecen en nuestro trabajo, veamos algunos testimonios: "A la mujer le falta el apoyo de la familia, alguien que le diga que vaya al médico que se cuide, por ella nadie se preocupa". "Lo que pasa es que fui sola al hospital, yo no tengo quien me lleve y esas cosas entonces dejé de ir." "Si hubiera una guardería yo iría, pero no puedo dejar cuatro chiquilines solos." "La mujer necesita que le digan que tiene que ir por su bien y del bebé, alguien que la apoye, y la apoye en todo momento."

En ese sentido surge como especialmente importante el papel jugado por las organizaciones sociales y algunas líderes comunitarias, a los efectos de brindar ese apoyo en relación al uso de los servicios. "Nosotras le decíamos que llevara el niño al control, vivíamos arriba de ella para que lo llevara." "Ayudamos a las mujeres a sacar el carné de salud, a veces les damos plata para que tomen el ómnibus cuando no tienen ni para eso, para que vayan a hacerse algún examen." "Si necesitamos algo hoy podemos hablar con Marta, si necesitamos un remedio o tenemos algún problema. Porque ella anda, viene, va, habla con uno, habla con otro, y nos trae lo que necesitamos."

El aislamiento, la dificultad para entablar relación con otros que veíamos al comienzo de este trabajo aparece aquí directamente como una barrera a la consulta. La dificultad de entablar relación con otros se prolonga al servicio médico. Por esta razón es que el trabajo de difusión y educación indirecto que se pueda hacer a través de las organizaciones existentes, seguramente tendría un impacto importante en el uso de los servicios.

La apatía y la depresión

Las mujeres, en las entrevistas, hacen una clara distinción entre el "dejarse estar" o "boludez" para no ir a un control

ginecológico o de puerperio y la "dejadez", "haraganería", "vagancia" que implica el no llevar a los niños a control o controlarse el embarazo. Apparently existe información suficiente en la zona para que todas las mujeres sepan el daño que esto puede causar "en el niño".

"Yo para mí no voy de boluda, pero dejadez es otra cosa, es ser mugrienta, relajada... No llevar a un hijo, eso es ser dejada, no hay nada más importante que un hijo." Cuando tratamos de profundizar en las razones de esta dejadez aparece la dificultad para levantarse, la falta de paciencia para esperar número, la dificultad para caminar tres o cuatro cuadras a la policlínica. "Yo no fui a controlarme por vaga, por no levantarme a las 5 de la mañana, acostumbrada a levantarme a las 10. En un embarazo te dormís todo, y qué me costaba si tenía el hospital cerca. Pero no me levantaba. Y así pasó el tiempo, pasó el tiempo y no te controlás."

¿Por qué hay un sector de mujeres a las que les ocurre esto? ¿Quiénes son esas mujeres? Intentamos profundizar con las entrevistadas en la explicación de esta apatía que, como veíamos, no se limita al control de salud: esas mismas mujeres son las que no llevan a los niños a la guardería, tienen dificultades para mantener un trabajo y, por supuesto, son las más reacias a participar en actividades comunitarias y en las redes sociales existentes.

Algunas aducen que la explicación está en la familia de origen: "Pienso que esto viene de antes, viene de lo que vio en su casa". "Yo pienso que es una cosa que se hereda, en el sentido de que son un símbolo de tu familia. Yo por ejemplo, fuimos 11 hermanos muy unidos, nos ayudamos todos, y así soy con mis hijos."

Para otras mujeres detrás de esta apatía hay algo más. "Detrás de eso hay algo. Porque yo no puedo creer que no se preocupen por saber si el bebé viene mal o bien. No puedo creer que no les importe. Pienso que están solas, que alguien debería decirles andá al médico. Si les preguntás por qué no van no te saben decir, no pueden dar una explicación de por qué no quieren tratarse..." "Acá muchas mujeres están enfermas. A veces físicamente y espiritualmente. Esa es la peor enfermedad, es pensar siempre lo malo... Se dejan encerrar por los problemas... a mí antes me dominaban los nervios, ahora me domino yo."

Algunas entrevistadas, como la anterior, cuentan épocas de su vida en "que me pasaba tirada en la cama, que no tenía fuerzas para levantarme" pero sin asociar este estado depresivo con la ausencia de control. De hecho ninguna de las entrevistadas aduce en su caso o en el de otras que esa "haraganería" o "dejadez", que esa apatía, sea parte de un estado depresivo. Sin embargo pensamos que es posible suponer, siguiendo la línea de análisis que proponen en sus trabajos Bernardi y Mouriño ^(1,2), que

hay un sector de mujeres, aquellas que constituirían el sector de más alto riesgo desde el punto de vista de salud, donde se conjugan los siguientes elementos para producir estas actitudes depresivas o este estado de apatía.

En primer lugar condiciones de vida extremadamente duras que actúan como situaciones estresantes.

En segundo lugar el aislamiento o falta de apoyo social al que ya hemos hecho referencia.

Por último historias personales que condicionan una estructura psíquica vulnerable. En este sentido algunos trabajos dan cuenta, tanto de las dificultades que aparecen en estas poblaciones para racionalizar y verbalizar los conflictos y la incidencia que esto tiene en la salud psíquica, como la incidencia en la conformación de la personalidad de situaciones de violencia, violación o incesto vividas en la infancia. ⁽⁶⁾

Dos investigaciones recientes realizadas, una en Chile y otra en Estados Unidos, apoyan esta hipótesis. En la primera ⁽⁷⁾ que es un estudio sobre diarrea infantil en una población de zonas de extrema pobreza y características de las madres, se encontró una clara asociación entre el desarrollo de cuadros agudos de diarrea y "el promedio general de la población de sintomatología neurótica, correspondiendo los puntajes más altos a respuestas que expresan ansiedad, depresión y su somatización..."

La segunda investigación ⁽⁸⁾ revisa las historias de 70 mujeres que no habían tenido controles prenatales y concluye que "las barreras psicosociales de depresión, negación y miedos resultan más poderosas para el uso, que los obstáculos externos como falta de seguro médico o transporte."

Así entonces frente a las dificultades permanentes y extremas que se generan en la vida cotidiana donde los cambios parecen imposibles, la apatía, la depresión parecería una respuesta de distanciamiento de esa realidad que no satisface pero a la que tampoco se le ve alternativa. Como señala Mc Kinlay ⁽⁹⁾ "los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas que viven situaciones de extrema pobreza pueden ser vistas como respuestas que son consistentes con, y comprensibles en relación a, los problemas asociados directamente con su posición en la estructura social..."

Reflexiones finales

Las condiciones de vida y las condiciones de género, ser pobre y ser mujer, interactúan dinámicamente con actitudes, sentimientos y creencias ante la realidad en su conjunto. Dentro de éstas la falta de autoestima y las dificultades para interactuar con otros aparecen como factores específicamente vinculados a los miedos, desconfianzas, falta de información y valoración del control. Todas estas

variables se constituyen en elementos que dificultan que las mujeres acudan al control ginecológico, de puerperio, de embarazo y del niño.

Sin embargo existiría un sector de mujeres para las cuales, además de las variables señaladas, pesa otra y es lo que ellas llaman "dejadez" y que nosotros caracterizaríamos como apatía o como un estado depresivo. El costo de trasladarse a un centro de salud es aparentemente muy elevado en relación al beneficio que éste puede dar. Estas características son seguramente las de aquéllas que no realizan control de embarazo ni del niño.

Cualquier proyecto que se proponga actuar sobre las barreras al uso deberá contemplar para su éxito, las psicosociales y, fundamentalmente intentar actuar sobre la desvalorización y el aislamiento de las mujeres que permean a aquéllas. Para esto el apoyo individual y colectivo en la consulta y la sala de espera a través de información, respeto, valoración, así como el apoyo a las redes sociales formales e informales existentes parecerían ser variables clave.

Résumé

Ce travail fait partie d'une recherche plus vaste qui veut identifier les empêchements pour l'utilisation des services materno-enfantins aux zones pauvres; deux étapes, l'une qualitative déjà achevée, et une enquête qui suit son cours à l'heure actuelle.

Cette recherche fera une analyse des facteurs géographiques, technologiques, fonctionnels, psychosociaux et sociodémographiques, associés au contrôle gynécologique, de grossesse, des suites de couche et de l'enfant.

Ici, on ne présente que les barrières psychosociales identifiées au moyen d'entrevues individuelles et collectives à des femmes qui utilisent ou pas les services, et au personnel qui travaille au quartier Aparicio Saravia à Montevideo.

Il est évident que les conditions de vie, la dévalorisation et l'isolement ont un poids important dans l'utilisation ou pas des services. Parmi les variantes, les plus évidentes sont le manque d'information et la dévalorisation du contrôle, les craintes, la méfiance, le manque de réseaux sociaux d'appui et l'apathie et la dépression.

Summary

This work is part of a more extensive investigation designed to identify the barriers to the use of materno-infantile services at areas of poverty by way of two stages:

one qualitative, already completed and a currently processed survey. The investigation will deal with geographic, technologic, functional, psychosocial and sociodemographic factors, associated with gynecological, pregnancy, puerperium and infant control.

The present work reports only on the psychosocial barriers which were identified on the basis of individual and collective interviews of women using or disregarding the services, and of health personnel engaged at the area of Aparicio Saravia, in Montevideo.

Available results indicate that the conditions of life, mainly devaluation and isolation, underlie a sizable weight in the variables associated directly with the use of scanty use of available services for one sector of the population. Within these variable those regarded as most relevant are disinformation and failure to evaluate control, fearful feelings, mistrust, lack of social networks of support as well as apathy and depression.

Bibliografía

1. **Bernardi R.** Vulnerabilidad, desamparo psicosocial y desvalimiento psíquico en la edad adulta. *Rev Urug Psicoan* 1988; (67): 19-31.
2. **Mouriño P.** Diseño y validación de un instrumento para valorar el entorno psicosocial. *Rev Salud Públ México* 1991; 33(1): 40-1.
3. **Terra JP.** Creciendo en condiciones de riesgo, los niños pobres del Uruguay. Montevideo: CLAEH-UNICEF, 1989:75-81.
4. **Mazzotti M, Tricotti L.** Las familias, las mujeres y los niños, un camino a recorrer. In: Aguirre R. Las familias, las mujeres y los niños, estrategias de superación de la pobreza en América Latina. Buenos Aires, FICONG-CIEDUR, 1993: 102-7.
5. **Infante C.** Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Rev Salud Públ México* 1990; 32 (4): 420-2.
6. **Ferrando J.** Algunos mitos en relación a los marginados. In: *Psicología del marginado*. Montevideo: IPRU, 1985: 42-5.
7. **Araya M.** Proyecto prevención diarrea persistente: informe final. Santiago: Instituto de Nutrición, Universidad de Chile, 1993: 25-35.
8. **Joyce K.** Internal and external barriers to obtaining prenatal care. In: Brown S. *Prenatal Care*. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 1988: 100.
9. **McKinlay J.** Social psychological factors affecting health service utilization. In: Mushkin S. *Consumers incentives for health care*. New York: PRODIST, 1974: 144-5.